



LAUREA

Turvallinen lääkehoito Nummentaustan kotihoitossa - nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteiden kartoitus

• • • • •

Eloranta, Heidi

Skog, Tanja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Turvallinen lääkehoito Nummentaustan kotihoidossa- nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskohteiden kartoitus

Heidi Eloranta
Tanja Skog
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2009

Heidi Eloranta, Tanja Skog

Turvallinen lääkehoito Nummentaustan kotihoidossa- nykytilanteen kuvaus ja kehittämiskoh-
teiden kartoitus

Vuosi 2009

Sivumäärä 53

Tämä kehittämistyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun, Lohjan toimipisteen kehittämää lääkehoidon hanketta. Hankkeen tarkoituksena on kehittää Lohjan kaupungin kotihoitoalueiden lääkehoidon toteuttamista Sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoito-oppaan mukaisesti. Tämä raportti on osa lääkehoidonhanketta ja sen tarkoituksena oli kuvata Nummentaustan kotihoidon toteuttamaa lääkehoitoa ja löytää siihen liittyviä kehittämiskohteita. Työryhmä työskenteli yhdessä Nummentaustan kotihoidon kanssa. Työryhmään kuului kaksi Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijaa sekä kaksi työryhmän jäsentä Nummentaustan kotihoidosta.

Kehittämistyön menetelmänä käytettiin juurruttamista, jossa tiedon lajien välisessä vuorovaikutuksessa tuotetaan uutta tietoa. Nämä tiedon lajit ovat toimintaan kytkeytyvä eksplisiittinen tieto ja toiminnassa hiljaista olevaa tacit-tietoa. Juurruttamisen kierrosten mukaisesti työyhteisössä oleva hiljainen tieto muutettiin näkyväksi tiedoksi haastatteleamalla työyhteisön edustajia. Haastattelu litteroitiin ja sisällönanalyyysia apuna käyttäen muodostettiin yksinkertaiset kalanruotomallit.

Vertaamalla tutkittuun tietoon sekä Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoidon op-
paaseen, saatiin kehittämiskohteet kartoitettua. Lopulliset kehittämiskohteet valittiin loppu-
seminaarissa 1.4.2009 työyhteisön toimesta. Kehittämiskohteiksi on valittu lupakäytännöt,
lääkehoidon koulutus, lääkehoidon osaamisen säännöllisen varmistaminen sekä systemaatti-
nen toimintamalli.

Työyhteisö arvioi kehittämistoimintaa yhteisillä arviointilomakkeilla. Vastausprosentti oli 50 prosenttia. Vastausten perusteella työyhteisö kokee kehittämistoiminnan myönteiseksi. Kehit-
tämistoiminta jatkuu edelleen uuden opinnäytetyön merkeissä. Opiskelijajäsenet vaihtuvat,
mutta työelämän edustajat pysyvät samoina. Seuraavassa vaiheessa kartoitetuista kehittä-
miskohteista muodostetaan ehdotus uudeksi toimintamalliksi.

Asiasanat: lääkehoito, turvallinen lääkehoito, lupakäytännöt, kotihoito, juurruttaminen,
ikäntyneet ja potilasturvallisuus.

Heidi Eloranta, Tanja Skog

Safe medical care in home care services in Nummentausta – describing the current situation and defining objectives of development

| | | | |
|------|------|-----------------|----|
| Year | 2009 | Number of pages | 53 |
|------|------|-----------------|----|

This development project is a part of the medical care project of the Laurea University of Applied Science's Lohja unit. The project aims at developing medical care in the home care areas of the city of Lohja according to the medical care guide of the Ministry of Social Affairs and Health. This report is a part of the project and it describes how medical care is carried out in home care services in Nummentausta and searches for objectives of development. The working party worked together with the home care services in Nummentausta. The working party consisted of two nursing students from the Laurea University of Applied Sciences and two persons from the home care services in Nummentausta.

The development method used in the project was dissemination in which the interaction of the types of knowledge generates new knowledge. The types of knowledge are action-related explicit knowledge and tacit knowledge. By following the cycles of dissemination, the tacit knowledge in the work community was turned into explicit knowledge by interviewing the members of the work community. The interviews were transcribed and simple fishbone models were created with the help of content analysis.

The objectives of development were defined by comparing the models with research results and with the medical care guide of the Ministry of Social Affairs and Health. The work community selected the final objectives of development in a concluding seminar on 1st of April in 2009. The selected objectives of development are licence practices, education for medical care, regular checks on medical care competence and a systematic operation model.

The members of the work community evaluated the development project by filling up an evaluation form. 50% of the members returned the form. On the basis of the answers, the work community sees the development project as a positive action. The development will continue in a new thesis. The student members in the research team will change but the representatives of the home care services will remain the same. The next phase in the project is to form a possible new operation model on the basis of the selected objectives of development.

Keywords: medical care, safe medical care, licence practices, home care, dissemination, the aging and patient safety.

SISÄLLYS

| | | |
|------|---|----|
| 1 | Johdanto | 7 |
| 2 | Kehittämistoiminnan menetelmät | 9 |
| 2.1 | Hiljainen tieto | 9 |
| 2.2 | Juurruttaminen..... | 10 |
| 2.3 | Juurruttamisen prosessi | 11 |
| 2.4 | Ba Yhteinen konteksti uuden tiedon luomiselle. | 12 |
| 2.5 | Haastattelu aineistonkeruu menetelmänä | 13 |
| 2.6 | Litterointi ja kalanruotomalli..... | 14 |
| 2.7 | Sisällönanalyysi..... | 14 |
| 3 | Kehittämistoiminnan ympäristö | 15 |
| 3.1 | Kotihoito Lohjan kaupungissa..... | 16 |
| 3.2 | Nummentaustan kotihoito..... | 16 |
| 3.3 | Muutosprosessi | 17 |
| 3.4 | Henkilöstö muutosprosessissa | 18 |
| 3.5 | Muutosvastarinta ja sen johtaminen | 19 |
| 4 | Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut | 20 |
| 4.1 | Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat | 20 |
| 4.2 | Osaamisen varmistaminen..... | 21 |
| 4.3 | Henkilöstön vastuut ja työnjako | 21 |
| 4.4 | Lupakäytännöt..... | 22 |
| 4.5 | Lääkehuolto..... | 23 |
| 4.6 | Lääkkeiden jakaminen ja antaminen..... | 23 |
| 4.7 | Potilaiden informointi ja neuvonta | 23 |
| 4.8 | Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi | 24 |
| 4.9 | Dokumentointi ja tiedonkulku | 25 |
| 4.10 | Seuranta- ja palautejärjestelmät | 26 |
| 4.11 | Lääketurvallisuus..... | 27 |
| 5 | Kehittämistoiminnan toteutus Nummentaustan kotihoidossa | 28 |
| 6 | Tuotos | 33 |
| 7 | Kehittämistoiminnan arviointi..... | 34 |
| 7.1 | Tutkimuksen luotettavuus ja pohdinta..... | 37 |
| | Lähteet | 40 |
| | Kuvat | 44 |

| | |
|----------------|----|
| Taulukot | 45 |
| Liitteet | 46 |

1 Johdanto

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee potilaalla olevan oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Jokaisen potilaan oma kulttuuri, äidinkieli sekä yksilölliset tarpeet on otettava huomioon hänen hoidossaan mahdollisuuksien mukaan. (Finlex 1992.)

Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen on lääkehoidon ensisijaisena tavoitteena ja se on nyt ja tulevaisuudessa keskeinen terveydenhuollon hoitokeino. Hyvin keskeisenä asiana potilasturvallisuuden kannalta on lääkkeisiin ja lääkehoitoihin liittyvä turvallisuus. Farmakologisten ominaisuuksien lisäksi keskeistä lääkehoidon turvallisuudessa on lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät seikat. Oikein perustein määrätty, toimitettu ja annosteltu lääke on onnistuneen lääkehoidon lähtökohta, jolla vähennetään inhimillisiä kärsimyksiä ja turhia lääkehoidon kustannuksia. (Veräjänkorva, Huupponen, Huupponen, Kaukkila & Torniainen 2006,16; Farmasialiitto 2003.)

Turvallinen lääkehoito on Sosiaali- ja terveysministeriön laatima valtakunnallinen väline lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Turvallinen lääkehoito-oppaan mukaan lääkehoidon toteuttaminen perustuu eri yksiköissä lääkehoitosuunnitelmaan. Vastuu lääkehoitosuunnitelman laatimiseen, toteuttamiseen ja seurantaan on sosiaali- tai terveydenhuollon johdolla. Oppaan tarkoituksena on selkeyttää vastuunjako, määrittää vaatimukset lääkehoidon toteuttamisesta sekä yhtenäistää periaatteita lääkehoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 3.)

Turvallinen lääkehoito2- hankkeen taustalla on Laurea-ammattikorkeakoulun, Lohjan toimipisteen kehittämä turvallisen lääkehoidon hanke. Turvallinen lääkehoito -hanke perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaan oppaaseen ja hankkeen tarkoituksena on kehittää Lohjan kaupungin kotihoitoalueiden lääkehoidon toteuttamista yhteistyössä työelämän toimijoiden kanssa. Yhteistyökumppanina ovat Lohjan kaupunki ja sen kotihoitoalueet (6).

Tämä opinnäytetyö on osa turvallisen lääkehoidon hanketta ja sen tarkoituksena oli kuvata kotihoidon toteuttamaa lääkehoitoa tällä hetkellä ja löytää siihen liittyviä kehittämiskohteita. Työryhmä työskenteli yhdessä Nummentaustan kotihoidon kanssa. Työryhmään kuului kaksi Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-opiskelijaa sekä kaksi työryhmän jäsentä Nummentaustan kotihoidosta. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin haastattelemalla työyhteisön jäseniä alustavasti. Saatua aineistoa litteroitiin ja siitä muodostettiin kalanruotomallit. Työelämän kumppanit esittelivät kalanruotomallit työyhteisölle opiskelijajäsenien mukana ollessa, jolloin saatiin koko työyhteisön

mielipide mukaan aineistoon ja alustavasti ajatuksia mahdollisista kehittämiskohteista.

Työryhmän tavoitteena oli kuvata lääkehoidon toteutumista ja nykytilannetta Nummentaus-tan kotihoidossa sekä tuoda esiin mahdollisia kehittämiskohteita lääkehoidon osalta. Opiskeli- ja jäsenien oppimistavoitteina oli kehittää vuorovaikutuksellisia taitojaan, reflektio- ja kehittämisosaamistaan tulevaa sairaanhoitajan ammattia varten sekä oppia käyttämään tutkimusmenetelmiä uuden tiedon hankkimiseksi. Samalla opiskelijajäsenien tietämys lääkehoidon toteuttamisesta sekä siihen liittyvistä asioista kehittyi.

2 Kehittämistoiminnan menetelmät

Kehittämistyö työyhteisössä saatetaan joskus kokea ylimääräiseksi työksi ja rasitteeksi, sillä työntekijöiden motivaatio ja halu osallistua muutokseen on vaikea saavuttaa. Kehittämistyön ajatellaan olevan lisäkuormitus, joka kuluttaa jo ennestään niukkoja resursseja. Kehittämisprosessi voi kuitenkin antaa uusia näkökulmia edetessään alun epävarmuudesta uusiin oivalluksiin. Tärkeintä kehittämisprosessissa on työntekijöiden ja johtajien välinen dialogi, jossa jokaisen omat mielipiteet tulevat kuulluksi ja tätä kautta opitaan ja oivalletaan uutta. Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan tunnistaa ongelmia, löytää ratkaisuja ja muokata käytäntöjä paremmiksi. Hyväksi koettuja toimintamalleja voidaan myös hyödyntää ja toteuttaa muualla, jolloin uudesta toimintatavasta tulee standardi. (Haak & Pudelko 2005, 232; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 1; Väistö & Häkkinen 2007, 8-10.)

Tietoa ja sen merkittävyyttä on pyritty korostamaan kilpailussa selviytymisen ehtona ja mahdollisuutena menestyä. Se on entistä tärkeämpää organisaatioissa, joilla on kapasiteettia oppia uutta. Voimaantuvassa organisaatiossa jokaisen tulee kuitenkin tiedostaa, kuinka moni-ilmeinen prosessi uuden tiedon luominen on. Uuden tiedon tuottamisessa erotetaan kaksi tiedon tyyppiä: eksplisiittinen -tieto ja tacit -tieto. Eksplisiittinen tieto on käsitteellistä tietoa, joka voidaan jakaa ja dokumentoida. Tacit-tieto on vahvasti persoonallista niin sanottua hiljaista tietoa, jota ei ole mahdollista kuvata tarkoin sanallisesti tai arvioida kriittisesti. (Heikkilä & Heikkilä 2005; Nurminen 2000, 30; Valtonen 2007, 14-15.)

2.1 Hiljainen tieto

Hiljainen tieto on juurtunut syvälle ihmisten rutiineihin ja toimintatapoihin, ja sen perusajatuksena on, että tiedämme enemmän kuin osaamme kertoa. Siihen kuuluu monia asioita, kuten kokemusta, vaistoja, aavistuksia, arvostuksia, kokonaisuuksien hallintaa ja ammattitaitoa. Usein hiljaista tietoa väheksytään juuri siksi, että sitä on vaikea ilmaista ymmärrettävästi tutuille käsitteille. Hiljainen tieto siirtyy työyhteisössä yhdessä tekemällä ja toisten tekemistä kunnioittamalla. Jokaisella on osaamista ja tietämystä, jota kokeneet ammattilaisetkaan eivät tiedä tietävänsä, ennen kuin joku kysyy. Hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen on vaikeaa, mutta erittäin hyödyllistä työyhteisön kannalta. Hiljaisen tiedon näkyväksi tekemisen avulla työyhteisön jäsenet voivat saada arvokasta tietoa ja oppia uutta toisiltaan. (Eskola 2006, 24-26; Heikkilä ym. 2005; Valtonen 2007, 14-15.)

Nurmisen (2000, 205-120) tutkimuksen mukaan hiljainen tieto ja intuitio hoitotyössä kuuluvat jatkuvasti etenevään ajatteluun. Etenevässä prosessissa intuitio on jatkuvasti läsnä, erityisesti tilanteissa, joissa hoitajat yrittävät ymmärtää asioita ja tapahtumia ja tehdä nopeita päätelmiä. Hiljaisuudessa kehittynyt tieto ja intuitio on kasvattavaa, sillä se on sidoksissa hoitotyöntekijän omaan arvomaailmaan. Hoitotyössä kohdataan jatkuvasti tilanteita, joissa pelkkä

tekninen toimintatapa ei ole riittävä, vaan tarvitaan hoitotyön tietoa, joka syntyy intuitiosta ja hiljaisesta tiedosta. Tämänkaltaista hiljaista tietoa tarvitaan esimerkiksi arvioitaessa ja havainnoitaessa potilaan terveyden tilaa, ennen kuin näkyvää muutosta potilaan tilassa on tapahtunut.

2.2 Juurruttaminen

Juuruttamisessa tieto perustuu olettamukselle tiedon kahdenlaisesta luonteesta. Siinä tieto on toisaalta toimintaan kytkeytyvää ja toiminnassa olevaa hiljaista, eli tacit-tietoa. Toisaalta tieto on eksplisittistä eli näkyvää tietoa, joka on teoreettista ja tutkittua tietoa. Juurruttaminen on oppimisprosessi, jossa näiden tiedon lajien välisessä vuorovaikutuksessa tuotetaan uutta tietoa. Juurruttamisen mahdollistaminen, salliminen ja edistäminen ovat haasteellisia johtamisen tehtäviä tämän hetken terveydenhuollossa. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-7; Ahonen ym. 2006, 16-17.)

Juuruttaminen on yhteisöllinen oppimisprosessi, jota käytetään kehittämis- ja tutkimustoiminnan menetelmänä uuden tiedon käyttöön ottamiseksi. Se perustuu kahden tiedon lajin väliin tiedon käsittelyn kierrokseen, joissa tuotetaan uutta tietoa. Nämä tiedon lajit ovat näkyvä tieto, sekä hiljainen tieto. Jokaisella tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistujalla on näihin tiedon lajeihin perustuvaa osaamista. Runsas vuorovaikutus eri osapuolten kesken on juurruttamisen keskeisempiä elementtejä. Kun otetaan koko henkilökunta mukaan kehittämistyöhön alusta asti, on muutosvastarinta vähäisempää. Vuorovaikutus mahdollistaa hiljaisen tiedon näkyväksi tekemisen ja uuden tiedon tuottamisen. (Ahonen ym. 2005, 4-7; Stakes, Aiheita 5/2002, 40.)

Ympäristö, jossa toimitaan vaikuttaa tietoon, tiedon käsittelyyn ja käyttöönottoon. Yhteiskunta, lait ja yhteisöjen arvot vaikuttavat muutokseen ja sen aikaansaamiseen. Jokaisella kehittämis- ja tutkimustoimintaan osallistujalla, niin yksilöllä kuin yhteisöllä on toimintaan kytkeytyvään tietoon ja hiljaiseen tietoon perustuvaa osaamista. Kehittämistoiminnassa on tärkeää, että kaikki osallistujat arvostavat toinen toistensa osaamista. Hoitajalla on työyhteisön sisäistä osaamista, liittyen hoitotyön päivittäisen toiminnan toteuttamiseen. Opiskelijakin osallistuu työyhteisön hoitokulttuuriin työharjoittelun kautta, katsoo kuitenkin työyhteisön toimintaa myös ulkopuolisin silmin. Opiskelijalla ja opettajalla on osaamista liittyen teoreettisen tiedon hankintaan, oleellisen tiedon tunnistamiseen, tietokantoihin ja tiedon luotettavuuden arviointiin. Hoitajilla on myös tätä osaamista, mutta sitä ei käytetä jokapäiväisessä työssä. (Ahonen ym. 2005, 4-7; Ahonen ym. 2006, 16-17.)

2.3 Juurruttamisen prosessi

Kivisaaren (2001) ja Ahosen ym. (2005) mallia hyödyntäen työryhmä on selvittänyt Nummentaustan kotihoidon lääkehoidon toteuttamisen kehittämiskohteen juurruttamista apuna käyttäen. Juurruttamisen ensimmäisellä kierroksella tarkoituksena on saada työyhteisön sisällä olemassa oleva hiljainen tieto näkyväksi eli kuvataan nykytilaa. Työryhmän opiskelijajäsenet kävivät haastattelemassa työryhmän työelämän edustajia, heidän omassa ympäristössään eli työyhteisön toimitiloissa. Haastattelu nauhoitettiin kokonaisuudessaan sen myöhempää läpikäymistä varten.

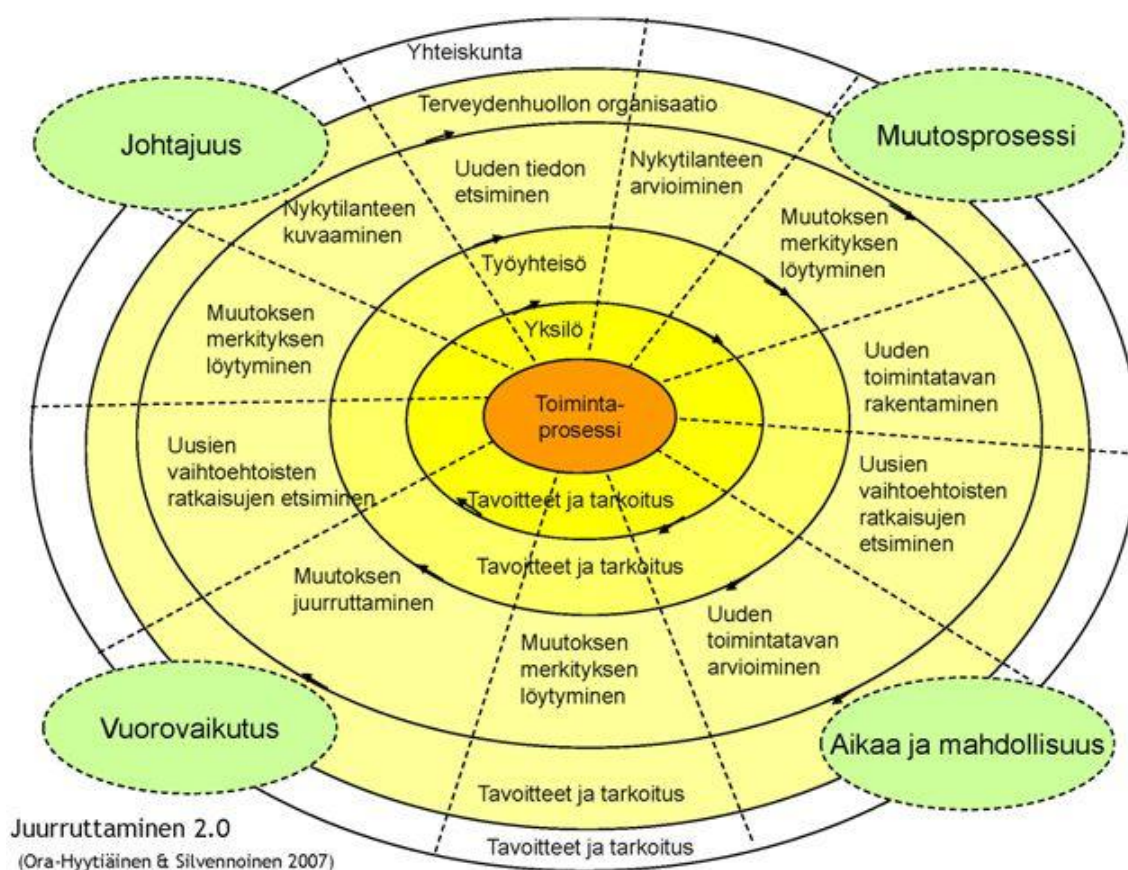
Toisella kierroksella kehittämisprojektissa jäsennettiin nykyistä käytännön toimintaa teoreettiselle tasolle, jolloin kuvaus käytännön toiminnasta muutettiin käsitteiksi. Nauhoitettu haastattelu litteroitiin eli kirjoitettiin auki ja siitä muodostettiin kalanruotomalli. Kalanruotomalli kuvaa yksinkertaisesti lääkehoidon nykytilannetta ja sen toteuttamista Nummentaustan kotihoidossa. Valmis kalanruotomalli esiteltiin koko työyhteisölle työryhmän edustajien toimesta. Työelämän edustajien panos tässä vaiheessa oli tärkeä, jotta koko työyhteisö kokisi projektin omaksi ja muutokseen sitoutuminen olisi helpompaa. Työryhmän opiskelijajäsenet osallistui-
vat palaveriin tarkkailevina osapuolina. Palaverin tarkoitus oli saada koko työyhteisö mukaan kehittämistoimintaan arvioimalla ja antamalla mahdollisia tarkennus- tai korjaus ehdotuksia esillä olevaan kalanruotomalliin. Pyrkimyksenä oli tunnistaa kehittämistä kaipaavat kohteet. (Ahonen ym. 2005, 4-6; Kivisaari 2001.)

Kolmannen kierroksen tarkoitus on tarkastella teoreettiselle tasolle jäsennettyä toimintaa työyhteisössä, vertailemalla aikaisempaan teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Näiden tietojen perusteella saadaan ehdotus uudeksi toimintatavaksi. Tutkitun tiedon hakeminen oli opiskelijajäsenien vastuulla. (Ahonen ym. 2005, 4-6; Kivisaari 2001.)

Neljännellä kierroksella on tarkoitus tehdä ehdotus uudeksi toimintatavaksi ja muokata se jälleen käytännöksi. Nämä juurruttamisen kierroksen vaiheet on tarkoitus toteuttaa seuraavan opinnäytetyön merkeissä, jolloin työryhmän opiskelijajäsenet vaihtuvat, mutta työelämän edustajat pysyvät samoina. (Ahonen ym. 2005, 4-6; Kivisaari 2001.)

Kuviossa 1 on esitetty juurruttamisen toimintaprosessia. Tässä tapauksessa kuvio esittää lääkehoidon kehittämiseen liittyvää kehittämiskohteiden kartoittamista ja uusien toimintamallien etsimistä. Työyhteisö ja opiskelijajäsenet toimivat yhdessä vuorovaikutuksessa niin, että opiskelijat saavat mahdollisuuden kehittää omaa ammattitaitoaan ja työyhteisö mahdollisuuden saada apua oman työnsä kehittämiseen. Molemmilla osapuolilla on omat oppimistavoitteensa ja tarkoituksensa, mutta yhteisenä tavoitteena on potilaiden lääketurvallisuuden parantuminen ja selkeiden toimintatapojen muodostuminen. Vuorovaikutuksellisessa yhteistyössä opiskelijajäsenet ja työyhteisö hakevat uusia toimintamalleja esimiehen tuella. Esimiehen

tuki muutoksessa on tärkeää motivoivan ilmapiirin aikaansaamiseksi. (Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007, 1.)



Kuva 1: Juurruttaminen 2.0

2.4 Ba Yhteinen konteksti uuden tiedon luomiselle.

Ba on japanilaisten käyttämä termi, jonka avulla luodaan, jaetaan ja hyödynnetään tietoa. Konteksti on yhteinen niille, jotka prosessoivat keskenään ja luovat uutta tietoa, sillä uutta tietoa ei tuoteta yksin, vaan vuorovaikutuksessa muiden ja ympäristön kanssa. Osallistujat eli tässä kehittämishankkeessa olevat opiskelijat sekä Nummentaustan kotihoito ja sen edustajat ovat sitoutuneet vuorovaikutukseen ja kehittämistyöhön. (Heikkilä ym. 2005; Nonaka & Toshihiro 2001, 19.)

Ba:n mallia voidaan hyödyntää kehittämishankkeessa. Lähtötilanteen ba (Originating ba) on lähtökohta, josta koko prosessi saa alkunsa. Tässä vaiheessa tarvitaan runsaasti monipuolista kasvokkaista vuorovaikutusta, jolloin ihmiset voivat jakaa kokemuksiaan, tunteitaan, emootioita ja nostavat esiin mentaalisia mallejaan. Hiljaisen tiedon välittyminen tehostuu jos ih-

misten välillä on empaattinen tunnelma, keskinäinen luottamus, välittäminen ja toistensa kunnioittaminen. (Heikkilä ym. 2005.)

Dialogia käyttävässä ba:ssa (Dialoguin ba) osallistujat luovat kontekstia avoimen dialogin avulla. Dialogia käyttävän ba:n avulla muutetaan mallit ja taidot ymmärrettäviksi käsitteiksi. Muodostetut käsitteet jokainen voi saada uudelleen reflektoitavaksi. Dialogia käyttävässä ba:ssa pyritään luomaan selkeätä ja käyttövalmista uutta tietoa, joten sen dialogeihin on hyvä saada eri alojen osajia ja spesialisteja. (Heikkilä ym. 2005.)

Systematisointi ba (Systemizin ba) on kolmas vaihe, jossa yhdistetään muotoutunutta uutta tietoa olemassa olevaan. Tietoa voidaan jakaa myös ulkopuolisten kesken, jotta nämä uuden tiedon käyttäjät voivat saada uusia ideoita sekä vertailla aikaisempaan tietoon. Vaihe on tärkeä, sillä tietojen vertailu saattaa saada aikaan huomattaviakin muutoksia. Tässä kehittämissyössä uutta tietoa jaettiin Nummentaustan kotihoidon niiden työntekijöiden, kesken, jotka eivät kuuluneet työryhmään. (Heikkilä ym. 2005.)

2.5 Haastattelu aineistonkeruu menetelmänä

Haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineistonkeruu menetelmistä, sillä kun halutaan tietää miten ja miksi ihminen toimii, on järkevää kysyä häneltä itseltään. Haastattelukysymyksiä laadittaessa, ohjenuorana käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Turvallinen lääkehoito-oppaan lääkehoitosuunnitelmaa. Haastatteluun käytettiin strukturoitua haastattelurunkoa, jossa kysymykset ovat valmiina runkona paperilla. Koska haastattelun tarkoituksena oli saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta, lähetettiin valmiit kysymykset haastateltaville hyvissä ajoin ennen haastattelua. (Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Haastattelun tärkeimpänä etuna pidetään joustavuutta aineistoa ja tietoa kerätessä. Haastattelussa aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastattelijalla on myös mahdollisuus toistaa tai selventää kysymystä, sekä oikaista väärinkäsityksiä ja selventää ilmausten sanamuotoja. (Tuomi ym. 2003.) Strukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat valmiina, mutta niiden ja aiheiden järjestystä on mahdollista muuttaa helpommin kuin esimerkiksi postikyselyssä. Vastauksia pystytään myös enemmän tulkitsemaan. Strukturoitu haastattelu kannattaa silloin, kun haastateltavat edustavat yhtenäistä ryhmää. Tässä tapauksessa kotihoidon työryhmää, sekä haastateltavia on enemmän kuin yksi. Haastattelun etuna voidaan nähdä myös se, että haastateltavat on mahdollista tavoittaa myöhemminkin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 193-194; Metsämuuronen 2006, 114.)

2.6 Litterointi ja kalanruutomalli

Ennen varsinaista aineiston analysointia, aineisto on saatava sellaiseen muotoon, että analysointi on mahdollista. Tämä tarkoittaa aineiston litterointia eli haastatteluaineiston muuttamista tekstimuotoon. Litterointi helpottaa tärkeiden yksityiskohtien havaitsemista aineistosta ja toimii hyvänä muistiapuna. Litterointi mahdollistaa myös aineiston järjestelyn ja systemaattisen läpikäymisen. Aineiston litteroinnin laajuudesta päättävät tutkimustyötä tekevät, mutta laajuus riippuu myös siitä mitä tutkimuksella tavoitellaan. Riippumatta siitä tehdäänkö litterointi koko tutkimusaineistolle vai sen osille, sen tulee vastata haastateltavien suullisia lausumia ja niiden merkityksiä. Litteroinnissa käytetään litterointisymboleja antamaan tarkkuutta sisällölle ja tulkinnalle. Litterointi ei siis ole vain suoraa tekstin purkamista. (Metsämuuronen 2006 & Vilkkä 2005, 87; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 16.)

Kalanruutomallia eli Ishikawa-diagrammia pidetään graafisena työkaluna. Kalanruotoa käytetään ryhmätyössä apuvälineenä sekä etsittäessä ongelmien syitä ja tehtäessä analyysissä. Sitä voidaan käyttää, joko ongelmanratkaisuun tai asioiden luokitteluun. Kalanruutomalliin kuuluu selkäruto ja siitä lähtevät haarat, joihin kirjataan keskeiset ongelmat tai asiat. Näin saadaan helpommin jäsenneltyä tutkittavaa asiaa ja löydettyä kehitettävät kohteet. (Karjalainen 2007.)

2.7 Sisällönanalyysi

Hoitotyössä näyttöön perustuva hoitotyön kehittäminen on jatkuvasti aiheellista. Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysillä voidaan tuottaa uutta tietoa hoitotyön kehittämiseksi. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 23). Sisällönanalyysissä kerätty aineisto tiivistetään niin, että voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi tutkittavaa ilmiötä. Aineisto, jota analysoidaan voi olla laadullista esimerkiksi kertomuksia, päiväkirjoja ja kuvanauhoja tai se voi olla määrällisesti mitattavia muuttujia. Hyvin olennaista analyysissä on, että tutkittavasta aineistosta erotetaan erilaisuudet ja samankaltaisuudet. Luokkien, jotka kuvaavat aineistoa täytyy olla toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21.) Analyysia voidaan tehdä, joko teorialähtöisenä tai aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tavoitteena löytää tutkimusaineistosta jokin toiminnan logiikka tai aineiston ohjaamana jonkinlainen kertomus. Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen aloitetaan pelkistäminen. Tutkimusaineistosta poistetaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio. Edellytyksenä kuitenkin on aineiston tiivistäminen ja pilkkominen osiin. (Vilkkä 2005, 140-141.)

Tutkimuskysymykset ja tutkimusongelma ohjaavat tiivistämistä. Näin saadaan tutkimusaineisto ryhmiteltyä uudeksi kokonaisuudeksi. Ryhmittely voidaan tehdä niiden ominaisuuksien, käsitteiden ja piirteiden mukaan, joita löytyy analyysin kohteena olevasta aineistosta. Tämä voi

olla sana, lauseen osa, lause tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen jokaiselle ryhmälle annetaan otsikko, joka kuvaa parhaiten ryhmää. Tuloksena syntyy käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kuvataan tutkittavien merkitysmailmaa. Tavoitteena on toiminta- ja ajattelutapojen ymmärtämien ja uudistaminen, tutkimuksen avulla saatujen käsitteiden, luokitusten tai mallien avulla. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle teoriasta. Tutkimuksen aluksi kuvataan tutkimusta suuntaava teoria, malli tai ajatuskokonaisuus. Teoria ja aikaisemmat tutkimukset aiheesta ohjaavat käsitteiden ja luokitusten määrittelyä tutkimusaineistosta sekä itse sisällönanalyysia. Tavoitteena teorialähtöisessä sisällönanalyysissä on tutkittavien antamien merkitysten avulla uudistaa teoreettista mallia tai käsitystä tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2005, 140-141.)

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuskysymykset liittyvät aineiston laatuun, aineiston analyysiin, tulosten esittämiseen ja tutkijaan. Saatu tieto aineiston keruussa on riippuvainen siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Haasteena sisällönanalyysissä on se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistoaan niin että se kuvaa luotettavasti tutkittua ilmiötä. Yhteys aineiston ja tulosten välillä tulee osoittaa luotettavasti, jonka vuoksi tuloksia tulee testata. Joillakin tieteenaloilla on tavallista, että tutkimustulokset käsitellään ja etsitään mahdolliset virhelähteet ja muut syyt, jotka vaikuttavat tulosten pitävyyteen. Syiden kuitenkin täytyy olla realistisia. Tutkimustuloksia voi myös esittää alan konferenssissa, jotta saada laajaa palautetta. Luotettavuuden lisäämistä sisällönanalyysissä suositellaan face-validiteetin käyttämistä. Face-validiteetilla tarkoitetaan sitä, että syntynyt tulos esitetään henkilöille, jotka ovat muuten tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa tai joita dokumentit koskevat. Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida myös asiantuntijapaneeleissa. Face-validiteetin käyttäminen tutkimusprosessissa ei ole itsestään selvää tai ongelmattonta. Face-validiteetin käyttöä on perusteltava huolella. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36-37; Mäkinen 2006, 102; Tuomi & Sarajärvi 2003, 139.)

3 Kehittämistoiminnan ympäristö

Ikääntyvien kasvu väestössä aiheuttaa jatkuvaa huomion keskittämistä ikääntyvien palveluiden ja hoidon kehittämiseen. Moni ikääntynyt haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, mutta ei välttämättä pärjää siellä yksin. Kotona selviytymiseen auttavat kotihoito sekä kotisairaanhoido. Kotihoidon monista määrittelytavoista keskeisin on asiakkaan kotona asuminen sekä hoidon ja avun saaminen kotiin. Kotihoidon painopiste on siirtynyt yhä enenevissä määrin kodin hoidollisista tehtävistä henkilökohtaiseen hoitoon ja hoivaan. Kodinhoidon tarkoituksena on tukea kotona asuvia ikääntyviä selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan mahdollisimman hyvin. Kotihoidossa työ on asiakaslähtöistä ja ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. (Hiironen 2007, 43-44; Mäkinen 2009, 18.)

Paasivaaran (2004, 29-33) tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella kotihoitoa hoitajien sekä asiakkaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta. Tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaiden ja omaisten odotukset liittyivät vahvasti asiakkaan fyysisen ja psykososiaalisten tarpeiden huomioimiseen ja näiden mukaisten kuntoutus- ja hoitopalveluiden saamiseen. Asiakkaan fyysisen kunnon ylläpito koettiin tärkeimmäksi seikaksi. Hoitajien toiminnan perustana oli sen sijaan eettinen ammatillisuus ja hoitotoimenpiteiden hallinta. Myös Laapotti-Salon ja Routasalon (2004) tutkimuksen mukaan asiakkaiden ja hoitajien näkemykset hoidosta ja sen tavoitteista olivat usein eriävät. Tämä johtui useimmiten siitä, ettei hoidon tavoitteista ollut juteltu yhdessä ennen sairaalasta pääsyä tai sen jälkeen.

3.1 Kotihoito Lohjan kaupungissa

Kotihoito Lohjan kaupungissa on pääasiassa vanhuksille ja vammaisille tarkoitettua ympärivuorokautista hoitoa, joka tapahtuu asiakkaan kotona. Kotihoito Lohjan kaupungin alueella on jaettu kuuteen alueeseen. Asiakkaan avun tarve kartoitetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tämän jälkeen laaditaan tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoitoa on mahdollista saada seitsemänä päivänä viikossa. Lohjan kaupungin kotihoidossa käytetään vastuuhoitaja-järjestelmää. Tämän avulla tuetaan asiakkaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Lohjan kaupungin asukkaan on mahdollista saada toipilasapua kotihoidosta esimerkiksi kotiutuesaan sairaalasta. Asiakasta opastetaan myös apuvälineiden lainauksessa. (Lohjan kaupunki 2008.)

Lohjan kaupungin ikäihmisille tarkoitettujen palvelujen suunnittelua ja kehittämistä ohjaavat Lohjan kaupungin ikääntyvien hoito- ja palvelustrategia sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen kuntaliiton laatima valtakunnallinen Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Lähtökohtana näissä suunnitelmissa on turvata vanhukselle mahdollisuus elää itsenäistä ja omaehtoista elämää omassa kodissaan. Lohjan kaupungin tavoitteena on kehittää kotihoitoa, avopalveluja ja palveluasumista. Tällä tavalla lykätään pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. (Lohjan kaupunki 2008.)

3.2 Nummentaustan kotihoito

Nummentaustan kotihoidon keskeiset arvot ovat asiakaslähtöisyys, työyhteisön hyvinvointi sekä kehittäminen ja uudelleen oppiminen. Kotihoidon tavoitteena on toteuttaa asiakaslähdistä työtettä hyödyntämällä käytettävissä olevia resursseja. Asiakkaita hoidetaan tasavertaisesti huomioimalla asiakkaan yksilölliset tarpeet. Asiakkaiden omatoimisuutta tuetaan sekä kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta. Työyhteisössä tärkeänä pidetään työtovereiden tasavertaista ja oikeudenmukaista kohtelua. Työntekijät toimivat avoimesti, tekevät verkostollista ja moniammatillista yhteistyötä, jokaisen ammattitaitoa ja erikoisosaamista kunnioittaen. Työntekijät ovat sitoutuneet kehittämään kotihoitoa, suhtautumalla avoimesti muutoksiin. Ammattitaitoa pidetään yllä hankkimalla uutta tietoa. Työssä hyödynnetään omia voimavaroja

ja osaamista. (Asiakaslähtöinen kotihoito, Nummentaustan kotihoidon perehdytyskansio 2008.)

Nummentaustan kotihoidossa työskentelee yhteensä 16 henkilöä. Yksi sairaanhoitaja, kolme kodinhoitajaa, jotka saavat koulutuksen työpaikalla. Lähihoitajia ja perushoitajia on yhteensä 11. Työntekijöiden tehtävään edellyttämä osaaminen ja työkokemus varmistetaan rekrytointi tilanteessa. Henkilökunnan koulutustarpeesta keskustellaan palaverissa. Kerran vuodessa tapahtuvassa kehityskeskustelussa keskustellaan työntekijän kiinnostuksen kohteista ja sovi-taan yhdessä työntekijän kanssa mahdollisista koulutuksista. Koulutukseen pääsyä kierräte-tään eli jokainen pääsee vuorollaan koulutukseen. Koulutuksessa ollut työntekijä jakaa saa-mansa tiedon muulle henkilökunnalle. Ulkoisiin koulutuksiin pääsee harvemmin, koska koulu-tus on kallista.

Kotihoidossa on asiakkaita yhteensä noin 106. Osa on lyhytaikaisia asiakkaita, jotka tarvitse-vat toipilasapua esimerkiksi sairaalasta kotiutuessaan. Nummentaustan kotihoidon asiakkaat tarvitsevat apua mm. perusterveydenhoidossa, haavanhoidoissa ja lääkärinkäynneissä. Huono-kuntoisten sekä mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden määrä on kasvanut, joka on lisännyt työntekijöiden työn kuormittavuutta. Lääkehoidon vaativuus ja osaamistaso on myös kasvamassa, sillä suonensisäistä lääkehoitoa tarvitsevien asiakkaiden määrä on noussut. Tämä aiheuttaa järjestelyvaikeuksia asiakkaan hoidon suhteen. Suonensisäinen lääkehoito on järjes-tettävä päivä- ja yövuoron aikana, sillä iltavuoroissa ei työskentele sairaanhoitajaa. Lääkkei-den jaosta, annosta, reseptien uusimisesta ja lääkkeiden hakemisesta on Nummentaustan ko-tihoidossa tehty ohje työntekijöille. Fyysisesti kotihoito sijaitsee lähellä Lohjan keskustaa, kerrostalon pohjakerroksessa. Kotihoidon tiloihin kuuluu yksi yhteinen iso tila, jossa on kaksi työpistettä näyttöpäätteineen, kaksi wc:tä, taukotila, kaksi pienempää huonetta, joista toi-nen on sairaanhoitajan huone. Molemmissa pienemmissä huoneissa on myös näyttöpäätteet. Erillistä lääkkeenjako huonetta ei ole, vaan lääkekaappi sijaitsee sairaanhoitajan huoneessa. Muutamien asiakkaiden lääkkeet säilytetään toimistolla. Niitä säilytetään lukitussa lääkekaa-pissa nimellä varustetuissa pusseissa tai koreissa. (E. Helin, henkilökohtainen tiedonanto 21.5.2008.)

3.3 Muutosprosessi

Muutosta voidaan kuvata usealla eri tavalla. Yksi tapa on jakaa organisaation kokemat muu-tokset kolmeen perusluokkaan niiden syvyyden mukaan. Ne ovat pieni muutos, uudistus ja muodonmuutos. Pieni muutos eli parannus tarkoittaa toiminnan kehittämistä ilman organisa-torisia uudelleenjärjestelyitä. Keskisuurella muutoksella eli uudistuksella pyritään olemassa olevien rakenteiden kehittämisen sijasta korvaamaan nykytila täysin uudella toimintamallilla. Suuri muutos eli muodonmuutos tarkoittaa organisaation radikaalia siirtymistä täysin uuteen strategiseen asemaan. Muodonmuutos on muutosmatka, joka vaatii merkittäviä liikahduksia

vallitsevassa ajattelutavassa, organisaatiokulttuurissa ja käyttäytymisessä. Muutoksen johtaminen vaatii, että tunnistetaan oikein tarvittavan muutoksen taso. Tarvitaan muutosjohtajaa jakamaan tietoa siitä, miksi muutos on tarpeellinen. Ilman selkeää tavoitetta muutos ei onnistu. (Kvist & Kilpiä 2006, 25-29.) Muutosprosessissa on tärkeintä määritellä tavoite tai muutos, joka halutaan. Muutosta voidaan tarvita työskentelytapojen korjaamiseen tai uuden mahdollisuuden hyväksi käyttöön. Muutosprosessin johtaminen on siirtymistä nykytilanteesta haluttuun tilaan. (Valpola 2004, 27-30.)

Stenvall & Virtanen (2007, 46-48) mukaan muutosprosessin voi jakaa muutoksensuunnitteluun ja toteutusvaiheeseen. Suunnitteluvaiheessa suunnitellaan kokonaisuus ja rakennetaan ennakivasti toimenpiteet. Toteutusvaiheessa viedään suunnitelmaa eteenpäin ja toteutetaan muutosta. Suunnitteluvaihe on syytä tehdä huolellisesti ja perusteellisesti, se on aikaa vievää. Suunnitteluvaiheessa tulee miettiä muutoksen hyödyllisyyttä ja suhteuttaa se olemassa olevaan toimintatapoihin ja miettiä myös kustannuksia. Muutokseen liittyy aina vastarintaa. Tämän vuoksi on aina syytä miettiä kriittisesti kenestä prosessi viime kädessä riippuu. Jos muutostavoitteita on kerralla paljon, ei työyhteisöllä välttämättä ole voimavaroja sen toteutukseen. Muutokset toteutetaan, mutta laatu on heikkoa. Suunnitteluvaihe on perusta onnistuneelle prosessille. Merkille pantavaa on se, että henkilöt jotka näkevät muutoksen alkuvaiheessa ongelmia näkevät niitä myös toteutusvaiheessa. Suunnitteluvaihe on ratkaiseva, siitä riippuu syntyykö muutoksessa positiivinen vai negatiivinen kierre. Prosessin suunta määräytyy suunnitteluvaiheessa.

Muutoksen toteutusvaiheeseen sisältyy muutoksen vaatimien toimenpiteiden tekemisen, halutun toiminnan vakiinnuttamisen, uusien rutiinien aikaansaamisen, muutoksen levittämisen, arvioinnin ja seurannan. Ongelmat muutosprosessissa syntyvät yleensä siitä, kun vasta toteutuksen yhteydessä työyhteisö miettii ehkä ensimmäisen kerran onko uusi toimintamalli parempi kuin vanha. Muutosprosessin toteutusvaiheessa pitää kuitenkin hyväksyä mahdollinen kaoottisuus ja ennakoimattomuus. Onnistuneen muutosprosessiin sisältyy hyvä suunnittelu ja muutoksen toteutusvaiheessa on oltu joustavia. Prosessin kuluessa esille tulleita mahdollisuuksia on kyettävä käyttämään hyväksi, vaikka ne mahdollisesti muuttaisivat haluttua suuntaa. Haasteellista on pitää muutosprosessin toteuttaminen kiinnostavana ja liikkeessä. Työyhteisössä on käytävä läpi onnistumisen kokemuksia ja tavoitteita, tämä edesauttaa muutoksen toteuttamista. (Stenvall & Virtanen 2007, 49-50.)

3.4 Henkilöstö muutosprosessissa

Muutostarpeen hyväksyminen käynnistää prosessin. Muutostarve ilmaisee, miksi muutos on tarpeellinen, mitä muutoksen avulla aiotaan saada aikaan ja mitä se tulee muuttamaan. Jos muutostarvetta ei ymmärretä, syntyy muutosvastarintaa. Yhteinen näkemys ilmaisee, millä keinoilla haluttuun tavoitteeseen pyritään. Muutoksesta on keskusteltava ja toimenpiteistä

tavoitteeseen pääsemisestä on suunniteltava yhdessä koko työyhteisön kanssa. Muutoksen toteuttamiseen tarvitaan muutosvoimaa. Nopeasti näkyvillä muutostuloksilla sekä osallistumisella voidaan lisätä muutosvoimaa ja halua toteuttaa asioita. (Valpola, 2004, 30-31.)

Stenvall ja Virtanen (2007,50-52) mukaan tutkimuksissa on todettu, että työyhteisö ja sen jäsenet kokevat muutoksen prosessimaisesti. Voidaan erottaa kolme toisistaan poikkeavaa vaihetta muutosta toteutettaessa. Vaiheet ovat lamaannusvaihe, toiveen herättämisvaihe sekä sopeutumisvaihe. Ensimmäinen vaihe on työyhteisön jäsenten lamaannus. Tässä vaiheessa henkilöstö menee shokkiin, lamaantuu kun kuulee tulevasta uudistuksesta. Muutos koetaan kielteisenä ja sitä kritisoidaan. Lamaannusvaiheessa on tyypillistä, ettei informaatiota kyetä ottamaan vastaan, viestintä voi olla ongelmallista. Toinen vaihe muutostilanteessa on toivon herääminen. Työyhteisön jäsenet kokevat, että uudistukset etenevät ja tulevaisuus on valoisaa. Toisaalta välillä voidaan kokea, ettei muutosvaiheesta selvitä. Muutoksessa tulevat tunteet menevät ylös ja alas. Kolmas vaihe on muutokseen sopeutuminen. Työyhteisössä on tunne, että kyllä tästä sittenkin selvitään. Muutos nähdään uutena mahdollisuutena ja haasteena. Tässä vaiheessa työyhteisö elää uutta tilannetta. Vanhaa ei enää muistella nykyistä parempana.

3.5 Muutosvastarinta ja sen johtaminen

Muutoksen vastarinta ilmenee yksilöiden ja organisaatioiden käyttäytymisessä. Muutosvastarinta voi kohdistua moniin tekijöihin. Kritiikki voi kohdistua tavoitteisiin, niitä johtaviin keinoihin tai muutoksen toteutukseen. (Stenvall ym.2007,100-103,110.) Syitä muutoksen vastustamiseen on mm. taloudellinen epävarmuus, tuntemattoman pelko, sosiaaliset suhteet ovat uhattuna, työskentely tavat ja muutoksen tarvetta ei ymmärretä. Työyhteisössä on totuttu tekemään työtä samalla tavalla ja työtoverit tuntevat toisensa. Muutostilanne ahdistaa, kun muutos häiritsee tuttua ja turvallista rutiinia työssä. (Heikkilä & Heikkilä 2005, 34 - 35.)

Tarkasteltaessa muutosvastarintaa muutosjohtajan näkökulmasta, vastarinta nähdään kielteisenä. Muutosvastarinta ilmenee tällöin hidastavana tekijänä ja hankaloittaa toteuttamista. Muutosvastarinnan voi nähdä myös positiivisena ja luonnollisena ilmiönä. Muutosvastarinta kertoo työyhteisön kyvystä kyseenalaistaa asioita/toimintamalleja reflektoiden, kyvystä sitoutua toimintaan ja luoda aidosti uutta. Muutosvastustuksen kautta nousee esille asioita, joita voi hyödyntää muutoksen laadun parantamiseen. Muutosjohtajan oma sitoutuminen on keskeistä. Muutosjohtajan ollessa epävarma muutoksen järkevyydestä, koko muu työyhteisö suhtautuu muutokseen kriittisesti. Hyvällä muutosjohtajalla täytyy olla kykyä kääntää muutosvastarinta reflektiivistä oppimista vahvistavaksi. Parhaimmassa tapauksessa muutosvastarinta auttaa muutosjohtajaa perustelemaan muutoksen tarvetta, muutokselle asetetut tavoitteet täsmentyvät tällä tavoin. (Stenvall ym. 2007,100-103,110.)

4 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

Lääkehoito on keskeinen hoitokeino ja osa hoitotyön kokonaisuutta. Lääkehoito on parhaimmillaan toimintayksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä. Lääkehoito on potilaan, lääkärin ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön välistä yhteistyötä. Lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista ja lopettamisesta päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkehoitoa toteutetaan lääkärin antamien määräysten ja ohjeiden mukaisesti. Lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan tulee ymmärtää lääkemääräys oikein, valmistaa lääke tarvittaessa käyttökuntoon ohjeiden mukaisesti ja huolehtia lääkehoidon toteuttamisesta. Potilaan tulee saada oikea lääke ja annos, oikeassa muodossa, oikeaan aikaan sekä oikeaa annostelutekniikkaa käyttäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006,36-37.)

Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi on tärkeä osa lääkehoidossa. Kotihoidossa korostuvat potilaan itsehoitotaidot ja tiedot mahdollisista lääkkeen tuomista sivuvaikutuksista. Yhteistyö lääkehoitoa toteuttavan henkilökunnan ja potilaan välillä on tärkeää. Potilaan tulee olla tietoinen lääkkeenkäyttötavasta ja -tarkoituksesta, lisäksi ymmärtää, millaisia haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa ja milloin potilaan tulee olla yhteydessä hoitavaan lääkäriin tai hoitohenkilökuntaan. Potilaan tulee tietää lääkkeen mahdollisista yhteisvaikutuksista, sivuvaikutuksista muiden lääkkeiden ja päihdyttävien aineiden kanssa sekä vaikutuksesta suorituskykyyn. Potilaan omaisen on myös hyvä tietää lääkkeen vaikutuksista. Neuvonta ja ohjaus ovatkin keskeisessä asemassa lääkehoidon onnistumisessa. Iäkkään asiakkaan voi olla helpompaa myös kertoa lääkehoidon haitoista hoitajalle kuin lääkärille. Lääkehoito on syytä aloittaa varovasti pienillä annoksilla ja syy lääkkeen aloittamiseen kirjata huolellisesti potilaspapereihin. (Hartikainen 2000, 36-37; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 37-41.)

4.1 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoitosuunnitelman tekemisessä tulee olla mukana johdon edustaja, lääketieteellisestä toiminnasta vastaava lääkäri ja lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön edustaja. Lääkehoitosuunnitelmassa ohjeistetaan, miten toimitaan jos tapahtuu virheitä. Virheet merkitään poikkeamailmoituslomakkeisiin, joiden avulla seurataan lääkehoidossa tapahtuneita virheitä ja läheltä piti - tilanteita. Lääkehoitosuunnitelma kattaa työyksikön lääkehoidon sisällön ja tarpeiden analysoinnin, lääkehoidon vaiheiden (prosessin) kuvauksen, henkilöstörakenteen ja tehtävien kuvauksen, vastuualueiden määrittämisen, lääkehoidon osaamisen arvioinnin, varmistamisen ja ylläpitämisen sekä lääkehoidon toteuttamista koskevat lupakäytännöt. Lisäksi lääkehoitosuunnitelma sisältää lääkehuoltoa, lääkehoidon dokumentointia ja vaikuttavuuden arviointia sekä potilaan ohjausta ja neuvontaa koskevat asiakokonaisuudet. (Mäkinen 2006, 53; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006,43-44.)

4.2 Osaamisen varmistaminen

Hoitohenkilöstön lääkehoidon osaaminen on välttämätöntä, sillä henkilöstö osallistuu potilaan lääkehoidon eri vaiheisiin ja toteuttaa suurimman osan lääkehoidosta. Lääkettä käyttökuntoon saatettaessa ja potilaalle annosteltaessa, on lääkemuotojen ja lääkevalmisteiden sekä niiden ominaisuuksien ymmärtäminen välttämätöntä. Lääkehoidon turvallinen toteuttaminen edellyttää esimerkiksi, ettei steriilejä valmisteita kontaminoida tai suun kautta otettavan lääkkeen pitkävaikutteisuutta tuhota murskaamalla valmiste. Toimintayksiköiden / työyksiköiden lääkehoidossa edellytettävä osaaminen kartoitetaan, koulutustarpeet arvioidaan ja osaamista ylläpidetään, kehitetään ja seurataan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevien säännösten ja valtakunnallisen suosituksen mukaisesti. Työntekijöiden yksilöllisten koulutustarpeiden ja työyksikön lääkehoidon kehittämistarpeiden arviointi on työnantajan vastuulla. Työnantaja vastaa lääkehoidon peruskoulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön lääkehoidon täydennyskoulutuksen järjestämisestä. Lääkehoitoa toteuttavan henkilöstön osaaminen tulee varmistaa säännöllisin väliajoin. Kaikki lääkehoitoa toteuttavat yksiköt ottavat myös käyttöön lupakäytännöt ja säännöllisen lääkehoidon osaamisen varmistamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 47.)

Terveydenhuollossa osaaminen on ajankohtainen ilmiö. Henkilöstön vaihtuvuus voi olla hyvinkin suurta. Hoitohenkilökunnan laaja-alainen ammatillinen osaaminen on ehdoton toimintaedellytys muuttuvissa tilanteissa. Henkilöstön osaamiskartoituksia tehdään monissa organisaatioissa ja mietitään tapoja hyödyntää tuloksia henkilöstön kehittämisen näkökulmasta. Hoitotyön johtajilla on suuri rooli henkilöstön osaamisen kehittämisessä. Verkkoportfolio on yksi sairaanhoitajan väline koota tietoa omasta osaamisestaan ja työssä kehittymisestään yhteen paikkaan. Siinä voidaan hyödyntää organisaation osaamisen kartoituksia, koulutuksia ja kehityskeskustelujen sisältöä sekä yksittäisen työntekijän tutkintoja, täydennyskoulutuksia yms. (Agge & Väisänen 2007, 38-39.)

4.3 Henkilöstön vastuut ja työnjako

Lääkärin tehtävänä on määrätä lääke, mutta lääkehoidon toteuttaminen on aina kotihoidossa työskentelevän lähihoitajan tai sairaanhoitajan työtä. Lääkehoito edellyttää sekä käytännön että teoreettisen osaamisen. Työyhteisöissä keskustellaan paljon siitä, kuka saa toteuttaa lääkehoitoa. Kenellä on loppujen lopuksi vastuu ja minkälainen pätevyys vaaditaan. Sairaanhoitaja on viime kädessä vastuussa lääkehoidon toteuttamisesta työyksikössä. Työvuorossa sairaanhoitaja vastaa siitä, että hän antaa lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät tehtävät työntekijöille, joilla on riittävä koulutus siihen. Jokainen työntekijä kantaa kuitenkin kokonaisvastuun lääkehoidosta kotihoidossa. Tällä vastuulla tarkoitetaan potilashoidon tehtävien jaosta päättämistä, ohjausta, neuvontaa ja valvontaa sekä vastuuta lääkehuollon toimivuudesta. Jokaisessa kotihoidon yksikössä on selvitettävä vastuukysymykset, vaikka jokainen lää-

kehoitoa toteuttava ja siihen osallistuva kantaa vastuu omasta toiminnastaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 186-188; Mäkinen 2006, 53.)

Lääkehoito kotihoidossa on enimmäkseen vanhusten lääkehoitoa. Tämä vaatii paljon erityisosaamista ja kaikkien vanhusten hoitoon osallistuvien yhteistyötä. Usein vanhukset itse tai heidän omaisensa osallistuvat lääkehoitoon. Kotihoidossa korostuukin lääkehoidon ohjaamisen tärkeys asiakkaille ja heidän omaisilleen. Kotihoidon asiakkaan turvallisuutta vaarantavia riskejä ovat mm. informaatiokatkos lääkemuutoksissa, lääke annetaan väärälle asiakkaalle ja annos valmistetaan väärin. (Ikonen & Julkunen 2007, 189-191.)

4.4 Lupakäytännöt

Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään lääkehoitoon osallistumisen tasot ja tilanteet lääkeshoidossa, joissa terveysalan peruskoulutuksen ja siihen sisältyvän lääkehoidon opintojen antaman pätevyyden lisäksi edellytetään lääkehoidon toteuttamiseen oikeuttavaa lupaa. Suunnitelmassa tulee määritellä ne lääkkeet, joita erilliset luvat koskevat ja ne joita voidaan käyttää ilman lääkärin erillistä konsultointia. Lupa on toimintayksikkökohtainen. Luvan laajuus on myös otettava huomioon, sillä lupa voi olla myös työyksikkö-, lääke- tai potilaskohtainen. Huomioitava on myös lääkkeen tilaamiseen oikeuttavat luvat. Teoreettinen osaaminen tulee varmistaa säännöllisesti kirjallisella kokeella ja käytännön osaamisen näytöllä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54.)

Suonensisäisen lääke- ja nestehoidon ja muun vaativan lääkehoidon toteuttaminen edellyttää lisäkoulutusta, osaamisen varmistamista näytön avulla sekä toimintayksikön vastaavan lääkärin kirjallista lupaa. Osaaminen varmistetaan säännöllisin väliajoin 2 - 5 vuoden välein riippuen toimintayksikön lääkehoidon vaativuudesta ja tarpeista. Ihonsisäisten injektioiden ja rokotteiden antaminen edellyttää osaamisen varmistamista, täydennys- ja lisäkoulutusta tarvittaessa lisäksi toimintayksikössä myönnettyä kirjallista lupaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 54-55.)

Pietikäisen (2004, 77-79) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla oli merkittävin vastuu lääkehoidon toteuttamisesta kotihoidossa, mutta jokainen työyhteisön jäsen osallistui jollakin tavalla lääkehoidon toteuttamiseen. Kysyttäessä lupakäytänteistä, olivat vastaukset usein eriäviä ja käytänteet lääkkeiden jakamisesta ja käsittelystä olivat epäselviä ja kirjavia. Myöskään lääkkeiden osaamista ei arvioitu säännöllisesti ja täydennyskoulutusta järjestettiin vain satunnaisesti.

4.5 Lääkehuolto

Lääkehoitosuunnitelman tulee kattaa toimintayksikön lääkehuollon keskeiset osa-alueet ja määritellä henkilöstön vastuut. Lääkkeitä säilytetään työyksiköissä lukittavissa, riittävän suu- rissa ja tarkoituksenmukaisissa tiloissa. Työyksikön henkilöstö tarkastaa lääkkeet säännöllises- ti ja varmistuu siitä, ettei varastossa ole vanhentuneita tai muuten käyttöön soveltumattomia lääkkeitä. Erityistä huomiota kiinnitetään siihen, että lääkkeitä säilytetään oikeissa olosuh- teissa ja ne jaetaan toimintaan sopivissa tiloissa. Rauhallinen ympäristö lääkkeitä jaettaessa lisää virheettömyyttä. Lääkkeitä jaettaessa, suositellaan kaksoistarkastusta, tämä lisää poti- lasturvallisuutta. (Pietikäinen, 2004 78-79; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 55.)

4.6 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Lääkkeet jaetaan pääsääntöisesti lääkärin kirjallisen lääkemääräyksen mukaisesti. Lääkehoi- dossa jakovirheiden syntymistä voidaan estää parantamalla olosuhteita, jossa lääkkeitä jae- taan ja valmistetaan käyttökuntoon. Tilan tulee olla rauhallinen sekä häiriötön. Jaetut lääk- keet tulee säilyttää lukituissa tiloissa ja merkitä niin, ettei lääkkeiden antamisen yhteydessä ole sekaantumisen vaaraa. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota annosteluun. Potilaan nimen ja tarkoitetun lääkkeenantoajan merkitseminen lääkelasiin varmentaa lääke- hoidon annostelua. Lääkkeiden annosjakelua voidaan hyödyntää sellaisissa työyhteisöissä, jos- sa lääkeshoidon koulutusta saanutta henkilökuntaa on vähän. Annetun lääkkeen vaikutuksen seuranta on myös henkilökunnan tehtävä. Tissot, Cornette, Limat, Mourand, Becker, Etievent, Dupont, Jaquet & Woronoff-Lemsi (2003) tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa lääkkeen- jaon prosessiin liittyviä riskitekijöitä. Tuloksista ilmeni, että lääkkeiden annosvirhe oli yleisin poikkeama. Seuraavaksi tuli väärä aika ja kolmanneksi väärä lääkkeenantotiheys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 58; Kinnunen & Peltonen 2009, 79; Tissot, Cornette, Limat, Mourand, Becker, Etievent, Dupont, Jaquet & Woronoff-Lemsi 2003.)

4.7 Potilaiden informointi ja neuvonta

Potilaalle pitää antaa selvitys potilaan terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaih- toehdoista ja niiden vaikutuksista sekä potilaan muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä potilaan hoitamisesta. Vastoin potilaan tahtoa tai silloin kun on il- meistä, että potilaalle aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle, selvitystä ei kuitenkaan tule antaa. Terveystenhuollon ammattilaisen tulee antaa selvitys niin, että poti- las riittävästi ymmärtää selvityksen sisällön. (Finlex 2009.)

Asiakasta tulee informoida suullisesti ja kirjallisesti lääkeshoitoon liittyvissä kysymyksissä jotta asiakas voi itse osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon, toteuttamiseen ja arviointiin. Annetun informaation tulee olla ymmärrettävää ja relevanttia ja on tärkeää varmistaa, että

asiakas ymmärtää annetut ohjeet. Näin varmistetaan asiakkaan sitoutuminen omaan hoitoonsa. Annetun tiedon määrän tulee olla sopiva, ottaen huomioon asiakkaan kyvyn ottaa vastaan tietoa. Varsinkin iäkkäille tulisi olla myös kirjalliset ohjeet, johon on merkitty kaikki heidän käyttämänsä lääkkeet, ottoaikoiheen ja annoksineen. Jos asiakas ei itse kykene vastaanottamaan annettuja ohjeita, tulee informoida asiakkaan omaisia lääkehoidosta. (Howland 2009, 17-21; Kivelä 2004, 103.)

Myös Laapotti-Salon ja Routasalon (2004, 23-28) tutkimuksen mukaan asiakkaan saaman ohjauksen tulee sisältää riittävästi tietoa haittavaikutuksista, jotta asiakkaat osaavat tunnistaa ja kertoa niistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitä iäkäsi tietää omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tulosten mukaan haastatellut henkilöt tiesivät hyvin omien lääkkeidensä käyttötavat, jostain lääkkeistä myös vahvuus, mutta vain syöpälääkkeistä tiedettiin haittavaikutukset. Lääkärin tekemistä lääke muutoksista tiedettiin että muutoksia oli tehty, muttei tiedetty tarkalleen mitä ja kuinka paljon oli muutettu. Erityisesti tutkimuksesta kävi ilmi, että epätietoisuus sairauden uusiutumisen mahdollisuuksista aiheutti pelkoja, ja ristiriitaiset tai riittämättömät tiedot lääkityksestä aiheuttivat epävarmuutta. Riittävä ja ymmärrettävästi annettu tieto lääkityksestä poistaa epävarmuutta, auttaa iäkästä sitoutumaan hoitoonsa ja helpottaa kotihoidon työskentelyä.

4.8 Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Lääkehoito on terveellisten elintapojen ja liikunnan ohella keskeinen toimintakyvyn ylläpitäjä. (Hartikainen 2008, 24). Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään, miten lääkehoidon vaikuttavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta arvioidaan toimintayksikössä. Vaikuttavuuden arviointi kattaa mahdollisten sivu- ja haittavaikutusten, positiivisten vaikutusten sekä lääkkeiden mahdollisten yhteisvaikutusten arvioinnin ja seurannan. Vaikka haittavaikutuksista tiedetään paljon ja niitä osataan varoa, ovat ne silti erittäin yleisiä varsinkin vanhusten kohdalla. Tämä johtuu siitä, että usein vanhukset sairastavat montaa eri sairautta ja tarvitsevat montaa eri lääkeainetta, mikä johtaa yhteisvaikutusten vaaran kasvuun. Uusien lääkkeiden aloittaminen tai lääkkeen lopettaminen voivat vaikuttaa toisen lääkkeen metaboliaa maksassa tai erityy mistä munuaisissa. Haittavaikutukset voivat johtua myös lääkärin tai sairaanhoitajan tekemisistä päällekkäisyyksistä, varsinkin jos vanhuksen hoitoon osallistuu useampia hoitohenkilökunnan jäseniä tai lääkäreitä. Suomessa lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset aiheuttavat 5-20 % kaikista iäkkäiden sairaalahoidoista. Osa tästä johtuu päällekkäislääkityksestä. Omalta osaltaan vanhuuteen liittyvä muistin huononeminen tai yksinäisyys aiheuttaa lääkitysvirheitä ja tätä kautta haitallisia yhteisvaikutuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60; Kivelä 2004, 54-55; Rinta 2006, 110-112.)

Itsehoitolääkkeet ja rohdosvalmisteet tuovat oman lisänsä ikääntyvän lääkehoitoon. Nämä valmisteet eivät välttämättä ole hoitohenkilökunnan tiedossa ja ikääntyvä saattaa itsekin suhtautua niihin vähättelevästi. Tutkimuksen mukaan kuitenkin joka kolmannella rohdosvalmisteiden käyttäjällä on vaara lääke- ja rohdosvalmisteen haitallisiin yhteisvaikutuksiin. (Hartikainen, 2008, 247-265.) Arvioiden mukaan iäkkäiden sairaalajaksoista kolmasosa liittyy läkehaittoihin. Lonkkamurtumat ovat yksi esimerkki, joista joka kolmannen arvioidaan aiheutuneen lääkityksestä. (Hartikainen 2008, 24.)

Lääkitystä arvioitaessa tai muutettaessa on tiedettävä mitä lääkkeitä vanhus todellisuudessa käyttää. Sairaskertomuksista tai resepteistä koottu lääkelista ei välttämättä kerro koko totuutta. Yli puolet vanhuksista käyttää lääkkeitä ohjeen mukaan, kolmannes käyttää vähemmän kuin on määrätty ja pieni osa ylittää annostusohjeen. Iäkkäältä onkin kysyttävä jokaisen lääkkeen kohdalla kuinka paljon ja miten hän lääkettä käyttää. Hyvin tavallista on, että vanhus on sivuvaikutusten johdosta puolittanut annoksen tai harventanut lääkkeen ottokertoja. Jos saadaan selville, että potilas jättää joitain lääkkeitä ottamatta, ottaa lääkkeitä annostusohjeiden vastaisesti tai käyttää säännöllisesti jotain käsikauppalääkettä, ne on kirjattava potilasasiakirjoihin. (Hartonen 2000, 40.)

Huomiota on kiinnitettävä myös vaikutusten kirjaamiseen ja raportointiin. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee olla määritelty ne lääkeshoidon tilanteet, joissa tulee informoida ja konsultoida hoitavaa lääkärää. Niitä ovat muun muassa, joissa potilas saa vahingoissa vääriä lääkkeitä. Lääkärin tulee arvioida säännöllisesti lääkeshoidon tarpeellisuutta ja muuttaa lääkeshoitoa tarvittaessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60.)

4.9 Dokumentointi ja tiedonkulku

Kirjaamisprosessin suunnittelu ja kirjaamisen toteutuminen lääkeshoidossa sisältyy keskeisesti lääkeshoitosuunnitelmaan. Asiakirjoihin tehtävät merkinnät on tehtävä huolellisesti ja niiden on oltava ajan tasalla. Lääkeshoidon jatkuvuus ja tiedon siirtyminen yksiköiden välillä on huomioitava, kuten myös tietosuojakysymykset. Toimintatapoihin, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus ja oikeellisuus on kiinnitettävä huomiota. Tyypillinen ongelma nousee esille kun potilas kotiutuu sairaalasta kotiin. Potilaalla saattaa olla erilainen käsitys lääkityksen ohjeista kun verrataan sitä lääkärin antamaan ohjeistukseen. Syy tähän on lähinnä kommunikation ja kirjaamiseen liittyvät ongelmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 60-61; Kinnunen & Peltonen 2009, 81.)

Kokon (2009, 61-65) tutkimuksen mukaan kirjaaminen iäkkäiden pitkäaikaipotilaiden tarvittavien lääkkeiden annosta olivat puutteellisia. Lääkeshoidon kirjaaminen oli usein luettelomaista ja lyhyttä. Usein kirjaaja oli ottanut edellisen tekstistä mallia ja samat ilmaisut tois-

tuivat useasti. Lääkkeen annon indikaatioita oli kirjattu jonkun verran, mutta lääkkeen vaikuttavuuden kirjaamisessa oli suuria puutteita. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat olivat kirjanneet vaikuttavuutta vain 12 % antamistaan lääkkeistä ja lähihoitajat 22 %. Myös tiedonkulussa oli tutkimuksen mukaan kehitettävää, sillä tarvittaessa annettavia lääkkeitä oli annettu vaikka aikaisemmin oli kirjattu, ettei lääkkeellä ollut vastetta. Tutkimuksessa ilmeni myös, että osasta tarvittaessa annettavista lääkkeistä oli muuttunut jatkuvasti annettavia. Esimerkiksi unilääkkeet, joita annettiin säännöllisesti, ilman että kirjattiin antoindikaatiota ja annettun lääkkeen vaikuttavuutta.

4.10 Seuranta- ja palautejärjestelmät

Lääkehoitosuunnitelmassa on huomioitava jatkuvuus lääkehoidossa sekä huomioida joustava tiedonsiirto eri toimijoiden välillä. Toiminnan tulee olla tietosuojaan huomioon ottavaa. Huomiota on kiinnitettävä erityisesti potilaan lääkelistaan, sen ajantasaisuuteen. Tällä ehkäistään päällekkäisiä lääkityksiä ja mahdollisia lääkkeiden yhteisvaikutuksia, jotka voivat olla haitallisia potilaalle. Lääkepoikkeamista ilmoittaminen, seuranta, käsittely ja poikkeamista oppiminen on keskeinen osa lääkehoitosuunnitelmaa. Lääkepoikkeamista tulee ilmoittaa myös asiakkaalle. Palaute ja poikkeamat tulee hyödyntää työyhteisössä niistä oppimalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006,61.)

Hoitovirheiden tutkimus on kohdistunut pääasiassa terveydenhoitolaitoksien yhteydessä tapahtuneisiin virheisiin, ei avohoidossa tapahtuneisiin. Lääkkeiden antamisessa on arvioitu tapahtuvan virhe viidessä tapauksessa sadasta. Arviointi on vaikeaa, koska kaikkia tapauksia ei ole raportoitu. (Koivunen, Kankkunen & Suominen 2007, 10-15.) Raportoinnin tekemättä jättämisen syinä oli Mrayyanin, Shishanin & Al-Faourin (2007, 664-667) tutkimuksen mukaan hoitajien pelko rangaistuksesta tai työnsä menettämisestä. Haittavaikutuksen ei joissain tapauksissa ajateltu myöskään olevan tarpeeksi suuri ilmoituksen tekoa varten. Yleisimmin lääkevirheet liittyvät väärän lääkkeen antamiseen, väärään annostukseen, väärään antotapaan ja lääkkeiden antamiseen väärälle potilaalle. Syitä virheiden syntymiselle ovat muun muassa tiedon ja taidon puute, epäselvä käsiala, henkilöstöpula, vääränlainen delegointi. Samankaltaisia tuloksia saivat myös Msayyan ym. (2007, 664-667) tutkimuksessaan. Myös kiire ja ympäristön aiheuttama keskittymisen puute, sekä potilaiden hoitoisuuden lisääntyminen ja tekniikan nopea kehittyminen liittyvät edellisiin. Virheet voivat myös johtua potilaasta esimerkiksi kieliongelmaista, persoonallisuustekijöistä tai heikkokuntoisuudesta. Jopa puolet lääkehoidosta aiheutuvista haittatapahtumista voidaan arvioiden mukaan ehkäistä muuttamalla toimintatapoja ennaktoiviksi ja hyviin kokemuksiin pohjautuviksi. Potilasta tulee myös kannustaa kertomaan oireistaan ja tekemään kysymyksiä hoitoon liittyvistä asioistaan, jotta hoidon turvallisuutta voitaisiin edistää. Haittatapahtumista kerrotaan potilaalle avoimesti ja mahdolliset seuraukset käydään läpi hänen kanssaan. (Koivunen ym. 2007, 10-15; Mäkinen 2009, 19.)

Helsingin terveystieteiden Polofarmasia-hankkeessa, joka toteutettiin vuosina 2006-2007, kartoitettiin monilääkityksen ja kliinisesti merkittävimpien yhteisvaikutusten yleisyyttä, haitallista päällekkäiskäyttöä sekä iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttöä. Selvitys oli osa nykytilakartoitusta, jonka perusteella pyrittiin kehittämään toimintamallia lääkehoidon seurantaan ja arviointiin kotihoidossa. Tutkimuksessa tuli esille, että monilääkitys on yleistä (80 %) ja ongelmia oli enemmän monilääkityillä kuin alle 6 lääkettä käyttävillä ikääntyvillä. Hankkeen selvitysten perusteella Helsingin kaupungin kotihoidossa kehitettiin ja otettiin käyttöön toimintamalli asiakkaiden kokonaislääkityksen vähintään kerran puolesta vuodesta toteuttavaa arviointia varten. Toimintamallissa otetaan huomioon asiakkaan lääkehoidon erityispiirteet hoitosuhteen alkaessa, päättyessä sekä hoidon muutostilanteissa. Malli kytkettiin osaksi kotihoidon turvallista lääkehoitoa ja -suunnitelmaa. Tällä toimintamallilla pyritään vähentämään lääkitysongelmia ja yhteensopimattomuuksia. (Jokinen, Vanakoski, Skippari, Iso-Aho & Simoila 2009, 1772-776.)

Haipro on valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT), lääkelaikoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteistyön tuloksena syntynyt ohjelmisto terveydenhuollon haittatapahtumien raportointiin. Haipro on tietotekninen työkalu ja sen kautta raportointi perustuu vapaaehtoiseen, luottamukselliseen ja syyttelemättömään vaaratapahtumien ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Sen pääasiallisena tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta mahdollistamalla haittatapahtumien systemaattisen seurannan ja niiden kautta työskentelytapojen muuttamisen potilasturvallisemmaksi. Haipro-hankkeen ensimmäinen vaihe kesti marraskuusta 2005 maaliskuulle 2007. Tänä aikana kehitettiin malli hankkeelle. Toisessa vaiheessa maaliskuusta 2007 helmikuulle 2008, malli otettiin käyttöön ja vuonna 2008 ohjelmisto oli käytössä jo 40 terveydenhuollon yksikössä. Haipron merkittävimpänä etuna pidetään sitä, että yksikön kehittäminen hyvä toimintamalli voidaan ottaa käyttöön myös muissa yksiköissä. (Agge 2007, 6-7; Haipro 2009; Seppä 2008.)

4.11 Lääketurvallisuus

Lääketurvallisuus voidaan jakaa kahteen alueeseen. Ensimmäinen osa liittyy lääkkeen farmakologisiin ominaisuuksiin ja tuntemiseen. Lääkkeen myyntiluvan myöntämisen yhteydessä arvioidaan, lääkkeen hyöty suhteessa sen aiheuttamiin haittoihin, esimerkiksi millaisia haittavaikutuksia lääke saattaa aiheuttaa. Lääkkeen turvallisuutta seurataan myyntiluvan myöntämisen jälkeen haittavaikutusilmoitusten ns. jälkivalvontana. Toinen osa liittyy lääkkeiden käyttöön. Laatu-poikkeama eli lääkitysvirhe, voi tapahtua missä tahansa hoidon vaiheessa. Eri puolilla maailmaa on noussut keskusteluiden aiheeksi lääkityspoikkeamien esiintyminen ja tunnistaminen hoidossa. Ensimmäiseksi on tunnustettava, että virheitä ja poikkeamia tapahtuu ja että niistä tulee oppia. Tarvitaankin hoidon tarkastelua, poikkeamien todellisten syiden selvittämistä (esim. liian vähän henkilökuntaa,

lääkkeiden jakotapa, lääkepakkausten merkitseminen, koulutuksen puutteellisuus) ja käytäntöjen muuttamista turvallisemmiksi. (Airaksinen & Dahlström 2005, 31-32.) Dennisonin (2007, 176-183) tutkimuksen mukaan hoitajien saama koulutus turvallisesta lääkehoidosta lisäsi hoitajien tietämystä, muttei lisännyt lääkepoikkeamista ilmoittamista. Tämän vuoksi jatkuva keskustelu ja palautteiden anto, sekä esimiesten ja johdon kannustava asenne on tärkeää turvallisen lääkehoidon toteuttamiselle.

Läkehoidon riskejä voivat lisätä muun muassa lääkitysvirheet sekä potilaan sitoutumattomuus hoitoon tai ohjeiden väärin ymmärtäminen. Läkehoidon haittavaikutukset voidaan luokitella kolmeen ryhmään: annoksesta johtuvat, idiosynkraattiset ja epidemiologiset haitat. Lääkkeen annoksesta johtuvat haitat aiheutuvat kaikille lääkettä käyttäville annosta lisätessä. Annoksesta johtuvia haittavaikutuksia, joista osa on vakavia, esiintyy käytännössä eniten. Idiosynkraattisilla haittavaikutuksilla tarkoitetaan yksilöllistä yliherkkyyttä käytettävälle lääkkeelle ja siitä johtuvia haittoja. Niitä on vaikea ehkäistä, sillä niitä esiintyy harvoilla, eikä niitä pysty ennustamaan. Epidemiologisilla haitoilla tarkoitetaan yleisesti esiintyviä terveydentilan muutoksia, joiden riskiä lääke lisää vain kohtalaisesti. Jotta välttyttäisiin ”läheltä piti”- tilanteista ja läkehoidon toteutuksen virheistä, tulisi kiinnittää huomiota perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämiseen sekä nykyisen järjestelmän kehittämiseen. Muun muassa lääkkeiden kauppanimikkeiden kirjavuus, pakkausten ulkonäkö ja pakkausmerkinnät, läkehoidon toteutuksen ohjeistus ja informaation jakaminen kaipaavat kehittämistä. (Ritmala-Castren 2004, 21-22.)

Läkelaskenta on erottamaton osa turvallista lääkkeen antamista ja siten osa sairaanhoitajien päivittäistä toimintaa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006). Monet sairaanhoitajat ja hoitotyön opiskelijat yliarvioivat lääkelaskentataitoja, toisaalta monet ovat epävarmoja omista taidoistaan. Ongelmallista on, että vaikka monet tunnistavat puutteen lääkelaskennassa, he eivät tee asian eteen mitään ennen kuin on ”pakko”. Läkelaskennan matematiikkaa ja sen oppimista pidetään vaikeana. Sen vuoksi jatkuva harjoittelu taitojen kehittymiseksi ja ylläpitämiseksi on ensiarvoisen tärkeää. Yksilötasolla läkehoitoon liittyvien virheiden ehkäisemiseksi on tärkeää, että jokainen sairaanhoitaja itse tunnistaa oman työpaikkansa lääkelaskennan erityisvaatimukset ja oman osaamisensa suhteessa näihin. Läkehoitotaitojen osaamisen varmistamisessa sekä ylläpitämisessä edellyttää jatkuvaa itsenäistä harjoittelua. Laskimen käyttö apuvälineenä edellyttää ymmärrystä siitä mitä laskee, kykyä arvioida vastauksen suuruusluokkaa ja mielekkyyttä sekä kriittistä suhtautumista tulokseen, (Erkko & Ernvall 2006, 14-17.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus Nummentaustan kotihoidossa

Tammikuussa 2008 käynnistyi Turvallisen läkehoidon hanke. Työryhmän opiskelijajäsenet hankkivat teoreettista ja tutkittua tietoa sekä orientoituivat hankkeen taustaan ja tarkoituk-

seen. Työryhmän työelämänedustajien kanssa yhteistyö käynnistyi keväällä 21.5.2008, jolloin opiskelijajäsen kävi tutustumassa Nummentaustan kotihoidon tiloihin ja haastatteli alustavasti työryhmän työelämänedustajana toimivaa sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Työryhmän kaikki edustajat tapasivat lähipäivillä, joita järjestettiin neljä koko projektin aikana. Tämän lisäksi Optima oppimisympäristöön oli järjestetty pääsy työelämänedustajille. Tällä pyrittiin lisäämään yhteydenpitoa työryhmän jäsenten välillä. Yhteydenpito käytännössä tapahtui kuitenkin sähköpostilla ja puhelimella, koska työelämän osapuoli piti Optima oppimisympäristöä hankalana käyttää. Lähipäivistä kolme oli sijoitettu syys- joulukuun välille.

Loppuseminaari pidettiin 1.4.2009. Lähipäivien tarkoituksena oli esitellä raportin edistymistä ja saada palautetta työryhmän työelämänedustajilta. Projektin alustava suunnitelma ja lyhyt kuvaus kehittämistoiminnan ympäristöstä esiteltiin 4.9.2008 järjestetyssä lähipäivässä. Työryhmä esitteli 29.10.2008 järjestetyssä lähipäivässä työnsä edistymistä hankkeen muille osallistujille. Viimeisessä lähipäivässä 3.12.2008 esiteltiin työryhmän tekemät kalanruotomallit lääkehoidon nykytilanteesta. Laurea ammattikorkeakoulun edustajat ja työryhmä allekirjoittivat yhteistyösopimuksen. Loppuseminaari pidettiin 1.4.2009, jolloin valittiin kehittämiskohteet jokaiselle kotihoitoalueelle. Nummentaustan kotihoito valitsi kehittämiskohteekseen lupakäytännöt, lääkehoidon koulutuksen, lääkehoidon osaamisen säännöllisen varmistamisen ja systemaattisen toimintamallin kehittämisen.

Varsinainen haastattelu tehtiin teemahaastatteluna 12.11.2008. Haastattelukysymykset muodostettiin Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Turvallisen lääkehoidon oppaan pohjalta. Haastattelussa mukana olivat kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea ammattikorkeakoulusta sekä Nummentaustan kotihoidossa työskentelevät sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Valmis haastattelu litteroitiin ja siitä muodostettiin nykytilanteen kuvaus ja kalanruotomalli. Nykytilanteen kuvaus lääkehoidon toteuttamisesta Nummentaustan kotihoidossa esitettiin koko työyhteisölle 15.1.2009. Tällä tavalla saatiin selville mahdolliset väärät tulkinnat ja johtopäätökset, joita on voinut syntyä haastattelua purettaessa. Yhteisen tapaamisen myötä nykytilanteen kuvausta muokattiin ja tarkennettiin työyhteisön näkemysten mukaisesti. Projektiin sisältyi myös kolmen viikon työharjoittelu Nummentaustan kotihoidossa. Toinen opiskelijajäsenistä suoritti harjoittelun Nummentaustan kotihoidossa syys- lokakuussa 2008. Tällä tavalla opiskelija pääsi käytännössä kokemaan miten ja millaisissa olosuhteissa Nummentaustan kotihoidossa lääkehoitoa toteutettiin.

Läkehoidon sisältö ja toimintatavat

Nummentaustan kotihoidon asiakaskunta on laaja. Yleisimpiä asiakkaiden sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, sekä diabetes. Lisääntyvänä ryhmänä ovat mielenterveysongelmissa kärsivät asiakkaat. Lääkehoito käsittää lääkkeiden jaon dosetteihin, injektioiden, lääkerasvojen- ja laastareiden annon. Muita lääkemuotoja ovat per rectum lääkkeet, nestemäiset- ja

jauhemaiset lääkkeet, porelääkkeet sekä inhalaatiot ja silmätipat. I.v -lääkkeitä ja opioideja käsitellään harvemmin. Oman ryhmänsä muodostavat luontaistuotteet, joita asiakkaiden omaiset usein tuovat.

Lääkehoidon toteuttaminen alkaa lääkärin määrätessä asiakkaalle lääkkeen. Kotihoidon työntekijä hakee lääkkeen apteekista ja huolehtii että asiakas saa oikean lääkkeen, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla annettuna. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii työntekijältä harkintakykyä, esimerkiksi diabeteksen hoidossa käytettävien insuliinien oikeassa annostelussa. Asiakkaan lääkkeet jaetaan usein valmiiksi viikon annoksiin joko apteekin toimesta tai kotihoidon työntekijän jakamana. Osalle asiakkaista omaiset hoitavat lääkkeiden jaon ja reseptien uusimisen. Monet toimintatavat aiheuttavat epäselvyyttä annettaessa lääkkeitä ja informaatiokatkoksia työntekijöiden ja omaisten välillä. Esille tulleita asioita ovat muun muassa lääkelistojen ja reseptien eroavaisuudet. Suurimmalla osalla asiakkaista on oma tilinsä lähialueen apteekissa, joka helpottaa kotihoidon työskentelyä. Asiakkaan vanhentuneet reseptit uusitaan kotihoidon tai omaisten toimesta. Harvat asiakkaat hoitavat itse reseptiensä uusimisen. Asiakkaiden ajantasaiset lääkitykset listataan Pegasos-ohjelmaan, sekä asiakkaan dosettiin taakse. Jokaisella asiakkaalla on oma palvelu- ja hoitosuunnitelma niin koneella kuin asiakkaan kotonakin.

Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Nummentaustan kotihoidolla ei ole vakiintunutta järjestelmää lääkehoidon osaamisen ylläpitämiseen ja varmistamiseen. Hoitajien omalla vastuulla on ylläpitää osaamista ja kouluttautua lisää. Toivetta ja tarvetta lisäkoulutuksille kuitenkin on. Sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla on Lohjan kaupungin määrittämät työnkuvaukset, joihin myös lääkehoidon toteuttaminen sisältyy. Esimies arvioi yhdessä jokaisen työntekijän kanssa tämän lääkehoitoon liittyvää osaamista ja tarjoaa tarvittaessa lisäkoulutusta. Yhteisesti lääkehoidon asioista keskustellaan viikkopalaverissa, jossa käydään läpi työyhteisöä koskettavia asioita, kuten lääkepoikkeamia ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia.

Henkilöstön vastuut ja työnjako

Lohjan kaupungin määritelmän mukaisesti sairaanhoitaja vastaa lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräyksen mukaisesti ja noudattamalla Sosiaali- ja terveysministeriön ja yksikkökohtaisen lääkehoitosuunnitelman ohjeistuksia. Lähi-, perus-, sekä kodinhoitajat vastaavat lääkehoidon toteuttamisesta lääkärin määräyksen mukaan ja sairaanhoitajan valvonnassa sekä oman ammatillisen koulutuksensa puitteissa. Nummentaustan kotihoidossa jokainen lääkehoitoa toteuttava työryhmän jäsen on kuitenkin henkilökohtaisesti vastuussa omasta työstään. Sijaiset ja uudet työntekijät saavat perehdytystä. Opiskelijoiden osaamisen varmistaa ohjaaja, joka on myös vastuussa opiskelijan toteuttamasta lääkehoidosta.

Lupakäytännöt

Nummentaustan kotihoidossa pistoslupan perus- ja lähihoitajat saavat ylilääkäriltä kolmen valvotusti onnistuneen pistokerran jälkeen. Injektion pistämistä valvoo sairaanhoitaja. Koti-sairaanhoitajat ovat suorittaneet i.v.-tentin, johon sisältyi yhden päivän kestävä luento ja vuoden päästä luennosta pidettävä tentti. Nämä luvat ovat voimassa määrittelemättömän ajan. Koska kynnys i.v.- lääkehoidon toteuttamiselle tai lihakseen pistämiseen kasvaa ajan myötä, tulisi kotihoidolla olla oma malli ja käytäntö miten ja kuinka usein lääkehoidon osaamista varmistetaan. Sijaisille ja uusille työntekijöille annetaan perehdytystä uuteen työhön. Opiskelijoiden osaamisen varmistaa ohjaaja, joka on myös vastuussa opiskelijan toteuttamasta lääkehoidosta.

Lääkehuolto

Suurimmalle osalle asiakkaista lääkkeet haetaan apteekista kotihoidon toimesta. Tähän ei sisälly erillistä vastuuhuoltajan määrittelyä. Lääkkeiden tilaaminen, valmistaminen ja käyttökuntoon saattaminen on kaikkien työntekijöiden vastuulla. Kulloinkin vuorossa oleva työntekijä uusii reseptit ja hakee kaikkien asiakkaiden lääkkeet kerralla apteekista noin kaksi kertaa viikossa. Tämä säästää työntekijöiden resursseja ja on koettu hyväksi toimintamalliksi. Lääkkeet säilytetään asiakkaiden kotona, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Joillakin asiakkailla on kotona lukolliset lääkekaapit. Lääkkeiden kaksoistarkastusta ei ole käytössä, asiakkaat ovat avainasemassa lääkepoikkeamien löytymisessä. Vanhentuneet lääkkeet palautetaan apteekkiin isommissa erissä, myös nestemäiset lääkkeet kerätään erilliseen lääkejäteastiaan. Kotihoidon työntekijät tekevät säännöllisiä tarkastuksia asiakkaan kotona, vanhentuneiden lääkkeiden osalta. Vanhentuneet lääkkeet ja reseptit voidaan poistaa vain asiakkaan tai omaisten luvalla.

Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Suurimmalle osalle Nummentaustan kotihoidon asiakkaista lääkkeet jaetaan dosetteihin ja säilytetään asiakkaan kotona. Kotona jakamisen ansiosta asiakas saa varmasti hänelle tarkoitettun lääkkeen. Osa lääkkeistä säilytetään kuitenkin toimistolla, lukollisessa kaapissa. Tähän ratkaisuun päädytään, jos asiakas ei kykene itse huolehtimaan päivittäisestä lääkityksestään. Toimistolla lääkkeet voidaan jakaa sairaanhoitajan huoneessa tai yleisessä tilassa. Erillistä lääkehuonetta toimistolla ei ole.

Oikean asiakkaan varmistamiseen ei ole erillistä järjestelmää. Hoitajat tuntevat asiakkaat tai käyttävät erillisiä työlistoja varmistamaan oikean lääkkeen antamisen oikealle asiakkaalle. Dosettiin merkitään asiakkaan nimi, sekä lääkelista. Lääkemuutoksien yhteydessä lääkekortit

tarkistetaan. Muutoin ei ole käytössä säännöllistä lääkekorttien tarkistusta tai kaksoistarkistusta.

Potilaiden informointi ja neuvonta

Nummentaustan kotihoidossa asiakas saa lääkäriltä ohjeet lääkkeen käytöstä. Tarvittaessa työntekijä antaa lisäinformaatiota asiakkaalle. Systemaattista asiakkaiden ohjausta lääkehoi-
dosta ei ole, asiakkaat tarvitsevat kuitenkin usein muistuttamista lääkkeiden ottamisessa. Asiakas saa sitä halutessaan neuvoa ja ohjausta. Säännöllistä lääkityksen kokonaisarviointia tehdään vähintään kerran vuodessa asiakkaiden käydessä lääkärin vastaanotolla. Monisairai-
den asiakkaiden kohdalla lääkärin vastaanotolla käydään useammin. Yhteistyötä apteekkien ja farmaseuttien kanssa ei tällä hetkellä ole. Kysyttäessä neuvoa apteekeista kuitenkin saa. Eri-
tyisen hyväksi koetaan myös Pharmaca Fennica lääkeopas. Uusien lääkevalmisteiden markki-
noille tulo on aiheuttanut tarvetta koota erillinen kansio yleisimmistä lääkkeistä ja niiden rin-
nakkaisvalmisteista. Kansioista löytyy myös tietoa lääkkeiden interaktioista ja vaikutusmek-
anismeista. Työyhteisössä kansio on koettu hyväksi avuksi lääkehoidon toteuttamisessa.

Lääkkeiden vaikuttavuuden arviointi

Kotihoidon työntekijät tekevät havaintoja käydessään asiakkaan luona. Mahdollisista voimien
muutoksista raportoidaan eteenpäin ja otetaan yhteyttä asiakkaan omalääkäriin. Vähintään
kerran vuodessa tehdään asiakkaan kokonaislääkityksen tarkistus.

Dokumentointi ja tiedon siirtyminen

Tarvittava lääke kirjataan Pegasos-ohjelmaan. Injektion anto kirjataan yhdessä kellon ajan ja
antotavan kanssa, sekä lihavoidaan näkyväksi. Lääkemuutokset, tarvittaessa otettavat lääk-
keet, sekä injektiot kirjataan lihavoiminnan avulla näkyväksi. Annetun lääkkeen vaikuttavuutta
ja asiakkaan vointia arvioidaan päivittäin. Mahdolliset muutokset voimissa kirjataan huolelli-
sesti Pegasos-ohjelmaan, tarvittaessa otetaan yhteyttä asiakkaan omalääkäriin. Asiakas,
omaiset ja kotihoito tekevät tiivistä yhteistyötä asiakkaan hyväksi. Tietojärjestelmän ajan-
tasaisuudesta huolehtii asiakkaiden vastuuhoitajat, tai heidän poissa ollessaan hoitaja, joka
on lääkkeen antanut. Asiakkaan tiedot ovat sähköisessä, sekä kirjallisessa muodossa toimistol-
la. Kirjallinen palvelu- ja hoitosuunnitelma on alkuperäisenä arkistoituna toimistolla ja kopio-
na asiakkaan kotona yhdessä muiden lääkehoitoa koskevien dokumenttien kanssa. Sähköistä
suunnitelmaa, johon tarvitaan käyttäjätunnukset, käytetään jokapäiväisessä hoidossa. Käyttä-
jätunnusten käyttö varmistaa asiakkaiden tietosuojan.

Tieto siirtyy eri toimijoiden ja henkilökunnan välillä raporttien ja viikkopalaverien yhteydessä suullisesti. Palaverivihkoon kirjataan käsitellyt asiat, josta poissaolleet voivat ne tarkistaa. Asiakkaiden tiedot ovat myös luettavissa sähköisessä muodossa.

Seuranta- ja palautejärjestelmät

Kotihoidossa on käytössä lääkepoikkeamalomake, johon merkitään lääkityksessä tapahtuneet poikkeamat. Lääkepoikkeamia käydään läpi yhdessä työyhteisön kanssa viikkopalavereissa. Tämä käytäntö on osoittautunut hyödylliseksi ja lääkehoitoa kehittäväksi malliksi. Lääkepoikkeamista informoiminen tapahtuu asiakkaalle itselleen tai hänen omaisilleen.

6 Tuotos

Työryhmä kokoontui viimeisen kerran 1.4.2009 loppuseminaarissa, jolloin kehittämisprojektin suunnitelmat esiteltiin kaikille Läke2-hankkeeseen osallistuville työryhmille. Tässä seminaarissa Nummentaustan kotihoidon työryhmän työelämänedustajat päättivät kehittämiskohteet. Kehittämiskohteiksi valittiin lupakäytännöt, lääkehoidon koulutus, lääkehoidon osaamisen säännöllisen varmistaminen sekä systemaattinen toimintamalli. Nummentaustan kotihoidossa työntekijöillä ei ole säännöllistä koulutusta eikä osaamista varmisteta säännöllisesti. Lääkkeet muuttuvat kokoajan ja uusia rinnakkaisvalmisteita tulee markkinoille, joten säännöllisen koulutuksen lisääminen on ensiarvoisen tärkeän. Mikkolan (2008) tutkimuksessa tuli esille, että lääkehoitoa toteuttavasta henkilöstöstä oli saanut lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvää koulutusta työpaikassa 48 %. Koulutustarjontaa 49 % vastaajista. (Mikkola 2008, 55, 77.)

Suikkasen (2008, 54) tutkimuksen mukaan lääkehoidon osaamisen säännöllinen varmistaminen ehkäisee lääkityspoikkeamien syntyä. Myös LÄÄKI_TYKS- kehittämissankkeessa (2008, 5,43-45) kartoitettiin ja kehitettiin sairaanhoitajien lääkehoito-osaamista potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tulosten mukaan lääkehoidon koulutus lisäsi lääkehoidon osaamista ja paransi sairaanhoitajien motivaatiota ja aktiivisuutta kehittää omaa lääkehoidon osaamistaan. Tulosten mukaan täydennyskoulutuksen jälkeen 73 % tutkimukseen osallistuneista vastasi kaikkiin lääkehoitoa koskeviin kysymyksiin oikein, kun ennen koulutusta virheittämiä suorituksia ei ollut lainkaan.

Ojala (2004, 27-30) tutkimuksessa tutkittiin kotihoitohenkilöstön tietoja ja taitoja lääkehoidon toteuttamisessa käytännössä sekä lisättiin niitä koulutuksen avulla. Nummentaustan kotihoidossa ei ole erillistä ohjeistusta lupakäytännöistä. Pistosluvan saavat lähihoitajat kolmen onnistuneen pistoskerran jälkeen. Sairaanhoitaja sen sijaan suorittaa erillisen i.v-tentin. Molemmat luvat ovat voimassa määrittelemättömän ajan. Myös Pietikäisen (2004, 77-79) tutkimuksessa tuli ilmi, että määrittelemättömät lupakäytännöt aiheuttavat

epävarmuutta ja hämmennystä työyhteisössä. Erityisesti tutkimuksessa tuli ilmi kodinhoitajien tietämättömyys siitä, mitä lääkehoidon osa-alueista he voivat toteuttaa. Koska hoitotyötä kehitetään jatkuvasti, on myös lääkehoidon osaamista varmistettava ja järjestettävä asianmukaista koulutusta.

Tang, Sheu, Yu, Weu ja Chen (2007, 447-455) tutkivat myös lääkepoikkeamien syitä. Tutkimuksen mukaan lääkepoikkeamat johtuvat epäsuorasti vaikuttavista syistä, kuten raskaasta työmäärästä, riittämättömästä koulutuksesta, epäselvistä lääkärin määräyksistä, potilaiden vaikeahoitoisuudesta, sekä hoitajien tietämättömyydestä lääkkeistä tai hoitajien henkilökoh-
taisesta huolimattomuudesta. Näihin asioihin tulee kiinnittää huomiota, jotta voidaan tehdä parannuksia kohti turvallisempaa lääkehoitoa.

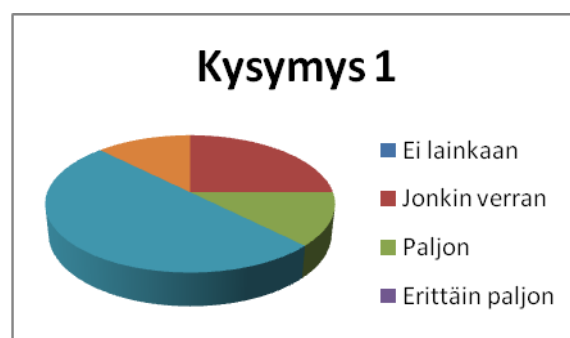
Lääkehoidon toteuttamisen systemaattinen toimintamalli otettiin kehittämiskohteeksi, jotta saataisiin yhtenäiset ja selkeät toimitavat työyhteisöön. Nummentaustan kotihoidossa asiakkaiden lääkkeet jaetaan dosetteihin joko hoitajien tai omaisten toimesta. Lääkkeiden säilytyspaikka vaihtelee kodin ja kotihoidon toimiston välillä, riippuen asiakkaan toimintakyvystä ja kodin tiloista. Myös kirjaaminen suoritetaan useaan paikkaan, sähköisesti pegasos-ohjelmaan ja kirjallisesti asiakkaan hoitokansioon. Monet käytänteet aiheuttavat helposti sekaannusta lääkehoidon toteuttamisessa ja ovat suoranainen riski lääkepoikkeamien synnylle. Esimerkiksi kaksoiskirjaaminen aiheuttaa ylimääräistä muistamista hoitajille kun asiakkaan lääkitystä muutetaan. Kokko (2009, 61-65) painotti tutkimuksessaan myös asianmukaista ja huolellista kirjaamista, sekä tehokkaan tiedonkulun tärkeyttä.

7 Kehittämistoiminnan arviointi

Työyhteisö arvioi kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää arviointilomakkeella, jonka opiskelijajäsenet veivät työyhteisölle 8.9.2009. Työyhteisöllä oli viikko aikaa vastata arviointi-
lomakkeeseen. Lomakkeita vietiin 16 kappaletta, joista kahdeksaan vastattiin.

Monivalintakysymysten lisäksi arviointiin kuului kolme avointa kysymystä, kysymykset 7-9. Seitsemännessä kohdassa pyydettiin tarvittaessa perustelemaan vastauksia kysymyksiin 1-6. Kahdeksannessa kohdassa pyydettiin kertomaan työyhteisön suunnitelmista lääkehoidon kehittä-
miseksi. Yhdeksännessä kysymyksessä pyydettiin antamaan palautetta kehittämistoiminnas-
ta. Kahdeksasta arviointilomakkeesta kolmessa oli vastattu avoimiin kysymyksiin. Kahdessa niistä kysymykseen numero seitsemän, yhteen numero kahdeksaan, kysymykseen numero yh-
deksän ei vastattu.

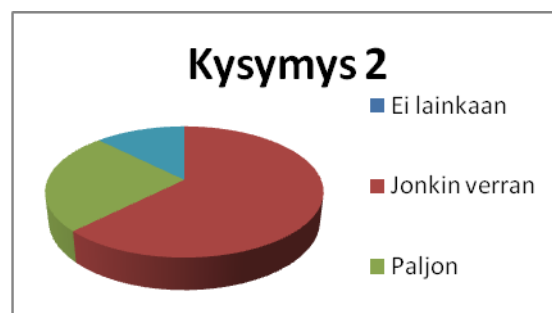
| K1 | | f | % |
|-----------------|--|---|------|
| Ei lainkaan | | 0 | 0 |
| Jonkin verran | | 2 | 25 |
| Paljon | | 1 | 12,5 |
| Erittäin paljon | | 0 | 0 |
| En osaa sanoa | | 4 | 50 |
| Ei vastattu | | 1 | 12,5 |



Taulukko 1: Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössä valitsemallanne alueella?

Puolet vastanneista ei osannut sanoa, onko työryhmä edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössä valitsemallanne alueella. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että jonkin verran. Yhden vastanneen mielestä työryhmä oli edistänyt paljon ja yhteen ei vastattu.

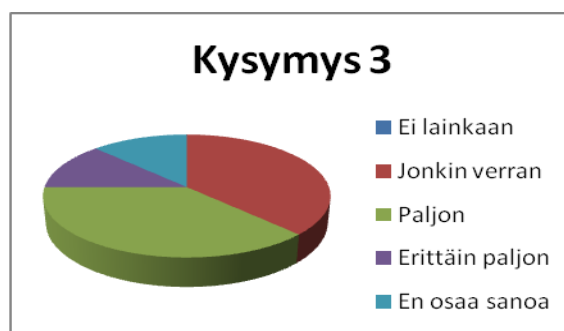
| K2 | | f | % |
|-----------------|--|---|------|
| Ei lainkaan | | 0 | 0 |
| Jonkin verran | | 5 | 62,5 |
| Paljon | | 2 | 25 |
| Erittäin paljon | | 0 | 0 |
| En osaa sanoa | | 1 | 12,5 |
| Ei vastattu | | 0 | 0 |



Taulukko 2: Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?

Viisi vastanneista oli sitä mieltä, että työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottamaan lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen jonkin verran. Yksi vastanneista ei osannut sanoa. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että työyhteisö on osallistunut työryhmän tuottamaan lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen paljon.

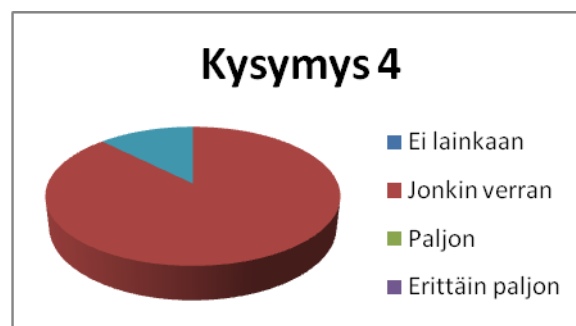
| K3 | | f | % |
|-----------------|--|---|------|
| Ei lainkaan | | 0 | 0 |
| Jonkin verran | | 3 | 37,5 |
| Paljon | | 3 | 37,5 |
| Erittäin paljon | | 1 | 12,5 |
| En osaa sanoa | | 1 | 12,5 |
| Ei vastattu | | 0 | 0 |



Taulukko 3: Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

Kolme vastanneista oli sitä mieltä, että työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä jonkin verran. Yksi vastasi, ettei osaa sanoa ja kolme vastasi, että jonkin verran voidaan hyödyntää ja käyttää. Yksi vastanneista oli sitä mieltä, että työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan hyödyntää ja käyttää paljon omassa työyhteisössä paljon.

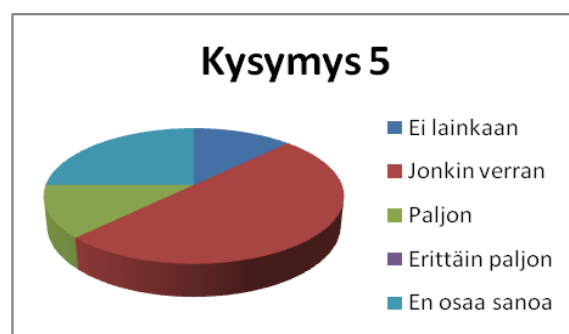
| K4 | | f | % |
|-----------------|--|---|------|
| Ei lainkaan | | 0 | 0 |
| Jonkin verran | | 7 | 87,5 |
| Paljon | | 0 | 0 |
| Erittäin paljon | | 0 | 0 |
| En osaa sanoa | | 1 | 12,5 |
| Ei vastattu | | 0 | 0 |



Taulukko 4: Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?

Seitsemän vastaajista oli sitä mieltä, että työryhmä on tuottanut jonkin verran työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta on voitu lääkehoitoa kehittää. Yksi vastaajista ei osannut sanoa.

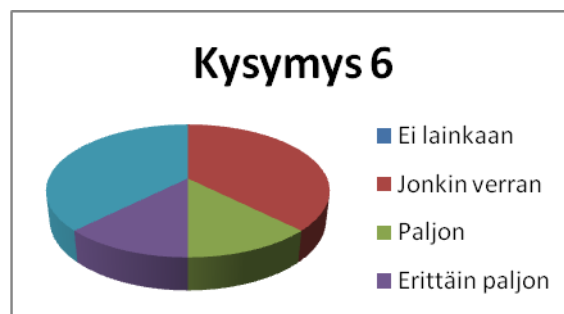
| K5 | | f | % |
|-----------------|--|---|------|
| Ei lainkaan | | 1 | 12,5 |
| Jonkin verran | | 4 | 50 |
| Paljon | | 1 | 12,5 |
| Erittäin paljon | | 0 | 0 |
| En osaa sanoa | | 2 | 25 |
| Ei vastattu | | 0 | 0 |



Taulukko 5: Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?

Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että kehittämistoiminta on parantanut jonkin verran lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa ja yksi vastaajista oli sitä mieltä, että kehittämistoiminta ei ole parantunut lainkaan lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta. Yksi vastasi, että lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus on parantunut paljon kehittämistoiminnan myötä.

| K6 | | f | % |
|-----------------|--|---|------|
| Ei lainkaan | | 0 | 0 |
| Jonkin verran | | 3 | 37,5 |
| Paljon | | 1 | 12,5 |
| Erittäin paljon | | 1 | 12,5 |
| En osaa sanoa | | 3 | 37,5 |
| Ei vastattu | | 0 | 0 |



Taulukko 6: Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

Kolme vastaajista ei osannut sanoa muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Toiset kolme vastasivat uskovansa muutokseen jonkin verran. Yksi vastasi uskovansa paljon ja yksi erittäin paljon.

Kolme työyhteisön jäsentä vastasi myös arviointilomakkeessa olleista kolmesta avoimesta kysymyksestä kahteen. Kysymykseen numero seitsemän vastasi yhteensä kaksi työyhteisön jäsentä ja kysymykseen numero kahdeksan yksi työyhteisön jäsen.

Kysymys 7: Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6).

Uusi lääkelista pegasoksessa helpottaa kotihoitoa, koska lääkärit laittavat tk:ssa muutokset listaan ja ne näkyvät myös meillä. Samoin tietysti kääntäen.

Pegasoksen lääkekortti näkyy lääkärille, saa tehtyä lääkelisäykset ja tarkistukset.

Kysymys 8: Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi?

Lisäkoulutusta toivottu lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja interaktioista.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja pohdinta

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kuvata Nummentaustan kotihoidon toteuttamaa lääkehoitoa ja löytää mahdollisia kehittämiskohteita sen toteuttamiseen yhdessä työyhteisön kanssa. Varsinaiseen työryhmään kuului kahden opiskelijajäsenen lisäksi yksi sairaanhoitaja ja yksi lähihoitaja Nummentaustan kotihoidosta. Työelämän edustajien haastattelun pohjalta valittiin kehittämiskohteet lääkehoidon toteuttamiselle. Kehittämiskohteiksi valittiin lupakäytännöt, lääkehoidon koulutus, lääkehoidon osaamisen säännöllisen varmistaminen sekä systemaattinen toimintamalli.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimuksen jatkuva tarkka kuvaaminen ja arviointi, sekä eettisyyspohdinnat. Aineiston luotettavuuden ja eettisyyden arviointia tehdään jatkuvasti suhteessa teoriaan, analysointiin, ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja

johtopäätöksiin. Aineistosta on tullava esiin olosuhteet ja ympäristö, jossa haastattelu on tehty. Erityisesti tulee näkyä haastatteluun mahdollisesti vaikuttaneet häiriötekijät, virhetulkinnat sekä tutkijan oma itsearviointi tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2006, 217; Kylmä ym. 2007, 67; Vilkkä 2005, 159.)

Haastattelukysymykset laadittiin Sosiaali- ja terveysministeriön turvallisen lääkehoito-oppaan mukaan ja ne lähetettiin työelämän edustajille ennen varsinaista haastattelua sähköpostitse. Itse haastattelussa olivat mukana kaikki työryhmään kuuluvat, toisin sanoen kaksi opiskelijajäsentä, sekä yksi sairaanhoitaja ja yksi perushoitaja. Haastattelu tehtiin kotihoidon tiloissa, sairaanhoitajan toimistossa, jossa ovi pidettiin kiinni häiriötekijöiden minimoimiseksi. Haastattelu nauhoitettiin ja haastattelun kesto oli 30 minuuttia. Ennen haastattelua nauhurin toimivuus testattiin, siitä huolimatta nauhoitettu materiaali kuului heikosti, mikä saattoi lisätä virhetulkintoja ja materiaalin epäluotettavuutta.

Nauhoitettu haastattelu kirjoitettiin puhtaaksi, eli litteroitiin sanatarkasti opiskelijajäsenien toimesta. Valmiista tekstistä muodostettiin kalanruotomallit (2), joihin koottiin keskeisimmät asiat. Kalanruotomalli esiteltiin koko työyhteisölle, jolloin litteroinnin aikana syntyneet virhetulkinnat saatiin julki ja aineiston luotettavuutta lisättyä. Tässä tapaamisessa kaikki työyhteisön jäsenet eivät olleet läsnä, eivätkä kaikki läsnä olleet tienneet tapaamisen tarkoitusta. Tämä omalta osaltaan hidasti tapaamisen etenemistä ja tapaamisajan tehokasta hyödyntämistä. Kehittämiskohteista ei tässä vaiheessa saatu yksimielistä kantaa työyhteisön sisällä. Kehittämiskohteet päätettiin loppuseminaarissa 1.4.2009.

Tämän opinnäytetyön viimeisessä vaiheessa työyhteisö arvioi valmiille arviointilomakkeelle työryhmän toimintaa ja projektin etenemistä. Arviointilomakkeita vietiin työyhteisöön 16 kappaletta, joista kahdeksaan vastattiin. Arviointilomakkeen vastausprosentti oli 50 prosenttia. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut kolme työyhteisön jäsentä. Vastausprosentti on kohutuullinen, mutta vastausten antama informaatio on suppeaa. Kohtaa ”en osaa sanoa” arviointilomakkeessa käytettiin useasti. Arviointilomakkeen vastausten perusteella työyhteisö kuitenkin suhtautuu positiivisesti Läke 2-hankkeeseen ja kokee sen edesauttavan turvallisen lääkehoidon kehittämistä omassa työyhteisössään. Tämä saattoi johtua siitä, ettei koko työyhteisö vielä lopullisessakaan vaiheessa ollut täysin tietoinen kehittämishankkeen tarkoituksista ja kehittämishankkeen etenemisestä.

Ensimmäisessä kysymyksessä puolet arviointilomakkeisiin vastanneista ei osannut sanoa, onko työryhmä edistänyt lääkehoidon kehittämistä. Vain yhdessä oli vastattu työryhmän edistäneen paljon lääkehoidon kehittämistä. Tämä voi johtua siitä, ettei suunnitelmalla uudesta toimintamallista ole vielä saatavilla, eikä näin ollen mitään konkreettista muutosta ole tapahtunut. Työyhteisö arvioi osallistuneensa kehittämistyöhön jonkin verran. Kaksi arvioi osallistuneensa paljon. Tulos on positiivinen, sillä se kertoo työyhteisössä vastanneiden olevan mukana kehit-

tämishankkeessa, vaikka varsinaiseen työryhmään kuului vain kaksi jäsentä työyhteisöstä. Suurin osa työyhteisöstä oli sitä mieltä, että työryhmän muodostamaa kuvausta nykytilanteesta voidaan hyödyntää lääkehoitoa kehitettäessä, lisäksi uusia ideoita ja ajatuksia on jo nyt tullut, joiden pohjalta lääkehoitoa on voitu kehittää eteenpäin. Työyhteisön jäsenistä kolme ei osannut sanoa muutokseen aikaansaamiseen työyhteisön työssä. Tosin toiset kolme uskoivat muutokseen jonkin verran. Loput kaksi uskoivat muutokseen paljon ja erittäin paljon. Muutosvastarinnan vähentäminen työyhteisössä on varmasti yksi haasteellinen tehtävä seuraaville hankkeen jatkajille. Arviointilomakkeen vastausten perusteella työyhteisö kuitenkin suhtautuu positiivisesti Läke 2-hankkeeseen ja kokee sen edesauttavan turvallisen lääkehoidon kehittämistä omassa työyhteisössä. Myös opiskelijajäsenet kokivat kehittämishankkeen työläänä, mutta antoisana oppimisprosessissa, jossa omaa ammatillista kasvua tapahtui ainakin yhteistyötaitojen, sekä turvallisen lääkehoidon toteuttamisen osalta. Suurimmaksi osaksi työyhteisö kokee, että lääkehoidon sujuvuus ja tehokkuus on parantunut kehittämistoiminnan myötä.

Lähteet

- Agge, E. 2007. Potilasturvallisuutta parantamaan - Haittatapahtumien raportointijärjestelmä käyttöön. *Sairaanhoitaja* 3, 6-7.
- Agge, E. & Väisänen, L. 2007. *Sairaanhoitaja*. 12, 38-39.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Juurruttamalla hoitotyön kehittämiseen. *Pro Terveys* 6, 4-7.
- Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006. Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. *Pro Terveys* 2, 16-19.
- Airaksinen, M. & Dahlström, A. 2005, Hoitaja potilaan lääkehoidon toteuttajana, teoksessa Airaksinen, M. (toim.) *Hoitona lääke*, 31-32. Helsinki: Edita.
- Asiakaslähtöinen kotihoito, Nummentaustan kotihoidon perehdytyskansio 2008.
- Dennison, R. 2007. A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. *The journal of continuing education in nursing* vol38 (4), 176-183.
- Erkko, P. & Ernvall, S. 2006. Sairaanhoitajan lääkelaskentataidot. *Sairaanhoitaja* (9), 14-17.
- Eskola, R. 2006. Hiljainen tieto hitsaa tiimin yhteen. *Sairaanhoitaja* 6-7/79, 24-26.
- Finlex. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 10.6.2009.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>
- Haak, R. & Pudelko, M. 2005 *Japanese management*. Great Britain: Antony Rowe Ltd, Chippenham and Eastbourne.
- Haipro. 2009. Viitattu 2.4.2009. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>
- Hartikainen, S & Lönnroos, E., 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Edita: Helsinki.
- Hartikainen, S. 2008. Lääkkeiden kehitys iäkkäille. Teoksessa Saarinen, A. & Tamminen, N. (toim.) *Lääkkeet & Terveys/Medicines & Health*, Lääketietokeskus Oy: Helsinki, 24
- Hartonen, S. 2000. Iäkkäiden lääkehoidon karikkoja. *Sairaanhoitaja* 8/2000 vol. 73, 36-40.
- Heikkilä, J & Heikkilä, K., 2005. Voimaantuminen työyhteisön haasteena. Porvoo: WSOY.
- Helin, E. Työryhmän jäsenen henkilökohtainen tiedonanto. 21.5.2008. Nummentaustan kotihoito. Lohja.
- Hiironen, M-L. 2007. Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena - Ikääntyvien, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkökulma. Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. *Tutki ja kirjoita*. Jyväskylä: Gummerus.
- Howland, R. 2009. What should patients be told about their medications? *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 47(2), 17-21.
- Ikonen, E. & Julkunen, S. 2007. *Kehittyvä kotihoito*. Helsinki: Edita Prima.

Jokinen, T., Vanakoski, J., Skippari, L., Iso-Aho, M. & Simoila, R. 2009. Iäkkäiden potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Suomen lääkäri-lehti. 19/2009 vsk 64s. 1772 - 1776.

Karjalainen, T. 2007. Yhdistä ideointityökaluilla luovan ajattelun eri ulottuvuudet - Aivoriini, ryhmittelykaavio sekä kalanruotokaavio. Viitattu 10.9.2009. / [www-dokumentti/](http://www.dokumentti.fi/).
<http://www.qk-karjalainen.fi/index.php?sivu=Artikkelit&id=89>

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidtajaliitto.

Kivelä, S-L. 2004. Vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus.

Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. Tutkiva hoitotyö (3), 10-15.

Kokko, P-L. 2009. Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa tarvittaessa annettavien lääkkeiden käyttö Espoossa - analyysi kirjaamisesta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 61-65.

Kvist, H & Kilpiä, T. 2006. Muutosaskeleita, Jyväskylä: Gummerus.

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö (2), 23-28.

Laapotti-Salo, A. & Routasalo, P. 2004. Iäkkään potilaan tieto omasta sairaudestaan, hoidostaan ja kotiutussuunnitelmastaan. Tutkiva hoitotyö (2), 23-28.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21-40. Juva: WSOY.

Lohjan kaupunki. 2008. Lohjan kaupungin kotihoito. Viitattu 27.5.2008.
<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=256&kieli=246>

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Mikkola, M-L. 2008. Tiedonhallinta lääkehoidon prosessissa. Pro gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos, 55, 77.

Mrayyan, M., Shishani, K. & Al-Faouri, I. 2007. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordans nurses' perspectives. Journals of nursing management (15), 659-570.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkinen, T. 2009. Lähellä vanhusta. Tehy 5, 18.

Mäkinen, T. 2006. Lääkkeiden jakoon pelisäännöt. Tehy 19-20, 53.

Mäkinen, T. 2009. Vaikuttavaa hoitoa. Tehy 2, 19.

Nonaka, I. & Toshihiro, N. 2001. Knowledge emergence. New York: Oxford University press.

Nurminen, R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopio: Kuopion yliopisto, 105-120.

Ojala, E. 2004. Kotipalveluhenkilöstö vanhusten lääkehoidon toteuttajana Kuopion kaupungissa. Projekti työ. Kuopion yliopisto.

Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practise. Conference proceedings. 10th TOULON-VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki-Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Paasivaara, L. 2004. Kotihoito hoitotieteellisten opinnäytetöiden perusteella. Tutkiva hoitotyö (2), 29-33.

Pietikäinen, T-L. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, 77-79.

Rinta, S. 2006. Lääkkeiden asianmukaisen käytön ongelmia. Teoksessa: Aaltonen, S. & Saari-
nen, A. (toim.) Lääkkeet & Terveys/Medicines & Health, Lääketietokeskus: Helsinki, 110-112.

Ritmala-Castren, M. 2004. Vaara vaanii lääkehoidossa. Sairaanhoitaja (5), 21-22.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus.

Saarikoski, M., Veräjänkorpi, O. & Ernvall, S. 2008. Lääkehoito-osaaminen ennen ja jälkeen täydennyskoulutuksen. Teoksessa: Veräjänkorpi, O. (toim.) Sairaanhoitajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun Ammattikorkeakoulun raportteja 72. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print, 5,43-45.

Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. Suomen lääkäri-
lehti (12-13), 1208-1211.

Sinervo, L. & Nissilä, L. (toim.) Stakes, Aiheita 5/2003. Juuria - hankkeen alueellinen katsaus 2002, näkökulmia juurruttamiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006. Turvallinen lääkehoito: Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: STM.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat ja niihin yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopisto.

Tissot, E., Cornett, C., Limit, S. Moorland, J-L., Becker, M., Etievent, J-P., Dupont, J-L., Jaquet, M. & Woronoff-Lemsi, C. 2003. Observational study of potential risk factors of medication administration errors. Pharmacy Word & Science 2003, Vol.25, No. 6, 264-268.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tang, F-I., Sheu, S-J., Yu, S., Wei, I-L. & Chen, C-H. 2007. Nurses relate contributing factors involved in medication errors. Journal of Clinical Nursing Mar2007, Vol. 16 Issue 3, p447-457.

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen muutosjohtamisen käytännön keinot. Juva: WSOY.

Valtonen, A. 2007. Hyvä hiljainen tieto näkyväksi. Pro Terveys (2), 14-15.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

Väistö, R. & Häkkinen, M. 2007. Kehittämistyö voimaantumisen lähteenä. Pro Terveys (3), 8-10.

Osastofarmasiatyöryhmän raportti. 2003. Tehokkuutta ja turvallisuutta lääkehoitoon. Suomen farmasialiitto ry & Tehy ry./Pdf-dokumentti/ viitattu 10.6.2009.
<http://www.farmasialiitto.fi/index.php?action=search&search-action=search&searchphrase=&search-tab=2&search-p1=31&search-p2=8>

Kuvat

| | |
|----------------------------------|----|
| Kuva 1: Juurruttaminen 2.0 | 12 |
|----------------------------------|----|

Taulukot

Taulukko 1: Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössä valitsemallanne alueella? 35

Taulukko 2: Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen? 35

Taulukko 3: Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi? 35

Taulukko 4: Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää? 36

Taulukko 5: Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta? 36

Taulukko 6: Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä? 37

Liitteet

| | |
|---|----|
| Liite 1. Haastattelukysymykset 12.11.2008 | 47 |
| Liite 2. Työyhteisön arviointilomake | 50 |
| Liite 3. Kalanruotomalli 1 | 52 |
| Liite 4. Kalanruotomalli 2 | 53 |

LIITE 1

Haastattelukysymykset 12.11.2008

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Minkälaisia asiakkaita kotihoidolla on?

Millaista lääkehoito on?

Kuinka vaativaa lääkehoito on?

Kertokaa lääkehoidon toteuttamisen vaiheista?

Minkä tyyppistä hoitoa asiakkaat tarvitsevat?

Minkälaisia kehittämiskohteita olette huomanneet lääkehoidon toimitatavoissa?

2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen

Miten varmistetaan lääkehoidon osaaminen?

Millä tavalla ylläpidetään lääkehoidon osaamista?

Seurataanko osaamisen ylläpitoa?

3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako lääkehoidossa

Henkilökunnan määrä?

Miten henkilökunnan vastuut on määritelty?

Sairaanhoitajan vastuu?

Perus/lähihoitajan vastuu?

Kodinhoitajan vastuu?

Opiskelijoiden/sijaisten vastuu? (i.v. lupa)

4. Lupakäytännöt

Miten määritellään työtehtävien vaativuus ja niiden edellyttämät lisätiedot ja -
taidot?

Miten koulutusta annetaan, ja kenelle suoritetaan näytön osaamista?

Kuka antaa luvat?

Kauanko luvat ovat voimassa?

5. Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta

Miten lääkkeet tilataan/haetaan?

Kuka saa hakea? (Huumausaine ym. Lääkkeet)

Missä säilytetään? (olosuhdeseuranta, lukolliset kaapit)

Miten toteutetaan käyttökuntoon saattaminen?

Lääkkeiden palauttaminen?

6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen

Kuka jakaa lääkkeitä? (millaiset tilat, rauhallisuus, missä?)

Kuka antaa lääkkeitä?

Kuka tarkistaa onko lääkkeitä jaettu oikein? (onko käytössä kaksoistarkastusta?)

Miten toteutetaan varmistetaan, että kyseessä on oikea asiakas?

Miten usein lääkekortit tarkistetaan, kuka?

Mitkä ovat riskitekijät lääkkeen jaossa ja annossa?

7. Potilaiden informointi ja neuvonta

Miten asiakkaiden lääkeinformointi ja neuvonta tapahtuu?

Miten varmistetaan, että asiakas ymmärtää saamansa ohjauksen lääkityksestä?

8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi

Miten seurataan/kuka seuraa, vaikuttavuuden arviointi?

Säännöllisen lääkityksen kokonaisarviointi, kuinka usein?

Millä tavalla seurataan lääkehoidon vaikuttavuutta? (Hyödyt, haitat, sivuvaikutukset)

9. Dokumentointi ja tiedonkulku

Annetun lääkkeen kirjaaminen, miten?

Kuka huolehtii tietojärjestelmän ajantasaisuudesta? (Pegasos)

Asiakkaiden tietosuoja, miten varmistetaan?

Miten toteutetaan tiedon siirtyminen eri toimijoiden ja henkilökunnan välillä?

10. Seuranta- ja palautejärjestelmä?

Miten lääkepoikkeamia seurataan?

Miten niitä käsitellään?

Kerrotaanko asiakkaalle lääkepoikkeamasta?

LIITE 2

Työyhteisön arviointilomake läke 2

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut lääkehoidon kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön lääkehoidon nykytoiminnan kuvauksen ja valinnut kehittämiskohteen.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle.

| | | |
|-------------------------|---|-----------------|
| Vastausvaihtoehdot ovat | 1 | ei lainkaan |
| | 2 | jonkin verran |
| | 3 | paljon |
| | 4 | erittäin paljon |
| | 5 | en osaa sanoa |

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottaman lääkehoidon nykytilanteen kuvaamiseen?
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa kuvausta voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon uskot muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?
1 2 3 4 5

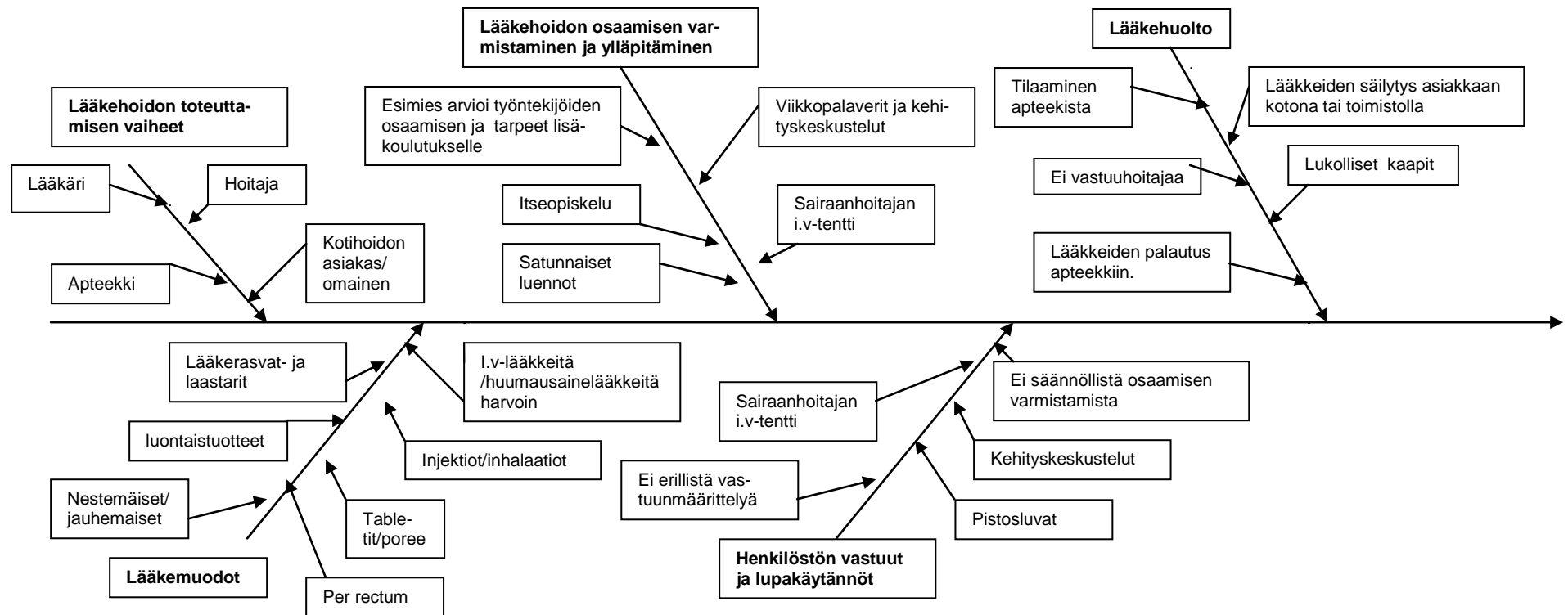
- 7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi lääkehoidon kehittämiseksi.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!

Kalanruotomalli 1



Kalanruotomalli 2

